

Dr BURLUREAUX

LA PRATIQUE DE L'ANTISEPSIE



J.B. BAILLIÈRE & FILS

Doctorat en médecine

Premier examen.

Anatomie, Dissection.

Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie, par H. Beaunis et A. Bouchard, 5e *édition*, 1894, 1 vol. gr. in-8 de 1 072 p., avec 557 fig., la plupart col. (*Tirage en 8 couleurs*), cart. 25 fr.

Précis d'anatomie et de dissection, par Beaunis et Bouchard. 1877, 1 vol. in-18 de 450 pages........................ 4 fr. 50

Atlas manuel d'anatomie, par E. Cuyer, prosecteur de M. le professeur Mathias Duval. 1895, 1 atlas gr. in-8 de 27 pl. col., découpées et superposées, cart.................................. 40 fr.

Atlas manuel d'anatomie descriptive du corps humain, par

Manipulations de physiologie, par L. Fredericq. 1892, 1 vol. gr. in-8 de 300 p., avec 300 fig., cart........................ 10 fr.

Traité élémentaire de physique biologique, par A. Imbert, prof. à la Faculté de Montpellier, 1895, 1 vol. in-8 de 1 084 p., avec 400 fig.. 16 fr.

Traité élémentaire de chimie biologique, par R. Engel et Moitessier, 1897, 1 vol. in-8 de 600 p., avec 100 fig.............. 8 fr.

Manipulations de chimie médicale, par J. Ville, professeur à la Faculté de Montpellier, 1893, 1 vol. in-18 de 184 p., cart....... 4 fr.

La pratique de l'analyse des urines, par le Dr Delefosse. 5e *édition*, 1893, 1 vol. in-18 jésus, 273 p., avec 27 pl., cart.......... 4 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE

Troisième examen.

I. Médecine opératoire et Anatomie topographique, Pathologie externe et Obstétrique.

Précis d'opérations de chirurgie, par le professeur J. Chauvel, 3e *édition*. 1891, 1 vol. in-18 de LXXV-818 p., avec 356 fig., cart.. 9 fr.

Précis de médecine opératoire, par le Dr Ed. Lebec. 1885, 1 vol. in-18 de 468 p., avec 410 fig........................ 6 fr.

Nouveaux éléments de médecine opératoire, par le professeur H. Chrétien. 1881, 1 vol. in-18 de 528 p., avec 184 fig.......... 6 fr.

La pratique des opérations nouvelles en chirurgie, par le Dr Guillemain. 1895, 1 vol. in-18 jésus de 350 p., cart......... 5 fr.

Précis d'anatomie topographique, par N. Rudinger. Édition française par P. Delbet. Introduction par le professeur Le Dentu. 1893, 1 vol. gr. in-8, 252 p. et 68 fig. noires et col., cart.................... 8 fr.

Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale, par B. Anger, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8 de 1 056 p., avec 1 069 fig. 20 fr.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, professeur de clinique chirurgicale, J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Nancy, 1892, 3 vol. in-8 de chacun 1 000 pages....................... 36 fr.

Précis de thérapeutique chirurgicale et de petite chirurgie, par le Dr Decaye. 5e *édition*, 1893, 1 vol. in-18 de 636 p., cart... 8 fr.

La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie, par le Dr Ed. Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1893, 1 vol. in-18 jésus de 380 p., avec 31 fig. cart.............. 6 fr.

La pratique journalière et la chirurgie antiseptique, par E. Nicaise, 1896, 1 vol. in-16 de 300 p. avec fig., cart........... 4 fr.

Encyclopédie internationale de chirurgie, par Duplay, Gosselin, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Bouilly, P. Segond, Nicaise, Ed. Schwartz, G. Marchant, Picque, chirurgiens des hôpitaux de Paris; Ollier, Poncet, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon, etc. 1888, 7 vol. gr. in-8, comprenant ensemble 6 680 p., à 2 colonnes, avec 2 758 figures.............................. 100 fr.

Traité pratique des accouchements, par le Dr A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e *édition*. 1889, 2 vol. gr. in-8 de 1 100 p., avec 752 fig. et 1 pl................ 30 fr.

Traité pratique de l'art des accouchements, par Naegelé et Grenser. 2e *édition*, 1880, 1 vol. in-8 de 800 p. avec 207 fig.... 12 fr.

Guide pratique de l'accoucheur, par les Drs Pénard et Abelin. 8e *édition*, 1896, 1 vol. in-18 de 712 p., avec 207 fig. cart........ 6 fr.

Précis de médecine opératoire obstétricale, par le Dr Remy. 1893, 1 vol. in-16 de 460 pages, avec 185 fig., cart............ 6 fr.

Traité pratique de gynécologie, par les Drs S. Bonnet et P. Petit. 1894, 1 vol. in-8 de 804 p., avec 297 fig. dont 90 col............ 15 fr.

La pratique des maladies des femmes, par T. Emmet. Préface par le prof. Trélat. 1887, 1 vol. gr. in-8 de 860 p. avec 220 fig.... 15 fr.

Troisième examen.

II. Pathologie générale, Parasitologie, Microbiologie, Pathologie interne, Anatomie pathologique.

Traité élémentaire de pathologie générale, par H. Hallopeau, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, 4e *édition*. 1893, 1 vol. in-8 de 800 p. avec 180 fig.................... 13 fr.

Nouveaux éléments de pathologie générale, par le Dr Bouchut, 4e *édition*, 1882, 1 vol. gr. in-8 de 900 p., avec 250 fig....... 16 fr.

Traité élémentaire de parasitologie, appliquée à la médecine, par Moniez. 1896, 1 vol. in-8 de 600 p., avec 250 fig.............. 10 fr.

Traité pratique de bactériologie, par E. Macé, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, 3e *édition*. 1897, 1 vol. in-8 de 700 p., avec 200 fig.................................... 12 fr.

Les microbes pathogènes, par Ch. Bouchard (de l'Institut). 1892, 1 vol. in-16 de 304 pages................................ 3 fr. 50

Nouveaux éléments de pathologie médicale, par A. Laveran, professeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, et J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, 4e *édition*. 1894, 2 vol. in-8 de 1866 p., avec 125 fig. et tracés.................................. 22 fr.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par les Drs Despine et Picot, 5e *édition*. 1894, 1 vol. in-18 de 916 p. cart............. 10 fr.

Traité des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, par le Dr Bouchut. 8e *édition*. 1884, 1 vol. in-8 de 1128 p., avec 179 fig............................... 18 fr.

Traité des maladies de l'estomac, par le Dr Bouveret, professeur agrégé à la Faculté de Lyon. 1893, 1 vol. in-8 de 793 p........ 14 fr.

Traité des maladies de la peau, par A. Hardy, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1886, 1 vol. in-8 de 1228 p....... 18 fr.

Traité des maladies vénériennes, par le Dr L. Jullien, 2e *édition*. 1886, 1 vol. gr. in-8 de 1260 p., avec 246 figures......... 20 fr.

Traité des maladies mentales, par le Dr Dagonet, médecin de l'Asile Sainte-Anne. 1894. 1 vol. gr. in-8 de 850 p........ 20 fr.

Traité pratique des maladies mentales, par le Dr A. Cullerred. 1889, 1 vol. in-18 jés. de 608 p............................ 6 fr.

Traité des maladies du système nerveux, par les Drs Hammond et Labadie-Lagrave. 1890, 1 vol. gr. in-8 de 1300 p. avec 116 fig. 20 fr.

Traité élémentaire d'anatomie pathologique, par Coyne, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1893, 1 vol. in-8 de 1040 p., avec 223 fig.................................... 14 fr.

Éléments d'anatomie pathologique, par Laboulbène, professeur à la Faculté de médecine. 1879, 1 vol. gr. in-8, 930 p. avec 297 fig. 20 fr.

Traité d'histologie pathologique, par E. Rindfleisch. Traduit et annoté par F. Gross et Schmitt, professeurs à la Faculté de médecine de Nancy, 2e *édition*. 1888, 1 vol. gr. in-8 de 880 p. avec 356 fig.. 15 fr.

LA PRATIQUE

DE L'ANTISEPSIE

DANS LES

MALADIES CONTAGIEUSES

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

Sur les maladies contagieuses

Conditions typhoigènes de la ville de Clermont-Ferrand (*Annales d'hygiène*, 3e série, tome II, 1879, page 123).

Hygiène nosocomiale militaire, difficultés de l'isolement et avantages de l'Antisepsie dans les salles de médecine des hôpitaux militaires (*Annales d'hygiène*, 1889, tome XXI, p. 481).

Généralités sur les maladies contagieuses les plus fréquemment rencontrées chez le soldat (*Archives de médecine militaire*, 1889), travail récompensé par M. le Ministre de la guerre.

La vie du soldat en temps de paix (*Annales d'hygiène*, 1890, tome XXIII, p. 123).

Traitement des tuberculoses ganglionnaires, par les injections hypodermiques de hautes doses d'huile créosotée (*Bulletin de la Société de dermatologie*, 2 avril 1891).

Note sur la tolérance et la digestion de l'huile à hautes doses, par le tissu cellulaire sous-cutané (*Bulletin de la Société de dermatologie*, mars 1891).

Analyses des rapports de statistique annuelle de l'armée, pour les années 1886-87-88-89 (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*).

Des effets généraux de la créosote injectée sous la peau (*Gazette hebdomadaire*, 13 juin 1891).

Tours, imp. Deslis Frères, rue Gambetta, 6.

LA PRATIQUE

DE

L'ANTISEPSIE

DANS LES MALADIES CONTAGIEUSES

ET EN PARTICULIER

DANS LA TUBERCULOSE

THÉRAPEUTIQUE ET PROPHYLAXIE BASÉES SUR LA PATHOGÉNIE.

PAR

Le Dr Charles BURLUREAUX

Médecin-major de première classe
Professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près du boulevard Saint-Germain

1892

PRÉFACE

Depuis que j'ai commencé mes études médicales, j'ai toujours porté mon attention sur la recherche des moyens préservatifs et curatifs des maladies contagieuses, et j'ai eu l'occasion de publier déjà sur ce sujet plusieurs mémoires; l'Académie de médecine a bien voulu récompenser mes efforts en m'attribuant, en 1883, une médaille de bronze (service des épidémies), en 1890 le prix Stanski, et en 1891 une mention pour le prix Desportes.

Les travaux de M. Pasteur, de M. Villemin, de M. Bouchard, de M. Grancher ont ouvert une nouvelle voie, que je me suis empressé de suivre. J'ai été assez heureux pour trouver à

glaner encore quelques faits nouveaux après l'ample moisson d'idées neuves et originales qu'ils avaient mises en circulation. J'ai fait peu de citations dans mon livre, parce que, depuis quelques années, j'ai évité, à dessein, de lire les publications médicales consacrées à l'antisepsie, de façon à ne subir aucune influence et à ne pas me laisser détourner de l'*orientation* que je m'étais donnée. Ce livre est donc avant tout une œuvre personnelle.

Je suis arrivé, après de longues recherches et de nombreuses tentatives, à trouver dans les injections sous-cutanées d'huile créosotée une médication qui m'a donné de bons résultats dans le traitement de certaines formes de tuberculose, et aussi un réactif précieux pour déceler la gravité de cette maladie. C'est ce que j'ai exposé dans un des principaux chapitres du présent travail.

J'ai cru qu'il était possible d'étendre le champ de mes expériences à un grand nombre d'autres maladies contagieuses, et j'ai la conviction que pour la plupart elles seraient facilement évitables, si l'on prenait toutes les précautions nécessaires, et qu'elles seraient aussi facilement curables, si on les soignait au début. J'ai cherché à réduire le plus possible le nombre des agents antiseptiques à leur opposer, et à simplifier la pratique de l'antisepsie médicale de telle façon que tout praticien puisse en faire d'excellente sans appareils compliqués et sans matériel spécial.

J'espère que ce livre, qui est le résultat de mes recherches au lit du malade et des réflexions qu'elles m'ont suggérées, contribuera à faire marcher parallèlement la thérapeutique et l'hygiène dans la voie de progrès où elles semblent entrées depuis quelques

années; je serais heureux si mes confrères voulaient bien s'assurer par eux-mêmes de l'exactitude des résultats que j'ai annoncés, et contribuer, par leurs propres travaux, au développement de la méthode que j'ai exposée.

Dr Charles Burlureaux.

20 février 1892.

LA PRATIQUE
DE L'ANTISEPSIE

DANS LES

MALADIES CONTAGIEUSES

THÉRAPEUTIQUE ET PROPHYLAXIE BASÉES SUR LA PATHOGÉNIE

CHAPITRE I

Définitions

La plupart des médecins s'accordent aujourd'hui à considérer comme faisant partie du groupe des maladies contagieuses toutes celles qui sont susceptibles d'être transmises d'un homme ou d'un animal malade à un homme ou à un animal sain, quel que soit d'ailleurs le mode de contamination.

Le contage pouvant être transmis soit par l'air, soit par l'eau ou les aliments, soit par l'inoculation directe.

Leur nombre devient de jour en jour croissant à mesure que les contages sont mieux

connus, et leur étude préoccupe assez l'opinion médicale actuelle pour que tous les travailleurs, croyant avoir à leur sujet quelques idées personnelles, se fassent un devoir de les produire.

Il nous a semblé que leur étude était assez avancée, grâce aux conquêtes anciennes de l'observation clinique et aux recherches récentes de la bactériologie, pour qu'on puisse se risquer à formuler quelques lois générales s'appliquant à toutes les maladies contagieuses. Or, les deux lois suivantes nous semblent se dégager de leur étude attentive :

1° Elles doivent toutes être envisagées et traitées comme si elles avaient une porte d'entrée extérieure, c'est-à-dire comme si elles étaient primitivement locales ;

2° Ce sont seulement les excrétions du malade qui, selon toute apparence, recèlent les germes morbides et sont les agents de transmission des maladies contagieuses.

Si l'on parvenait à démontrer ces deux propositions, l'histoire des maladies s'éclairerait d'un nouveau jour : l'hygiène marcherait enfin dans une voie sûre si la deuxième venait à être scientifiquement démontrée, et la thérapeutique aurait tout à gagner si la première était, comme nous le croyons, l'expression de la vérité, s'il était bien prouvé que les maladies contagieuses ont une porte d'entrée fréquemment accessible, que la surveillance de cette porte d'entrée s'impose à tout médecin soucieux du sort de ses malades, que la découverte de cette porte d'entrée est féconde en résultats thérapeutiques.

Ne croyait-on pas autrefois que la gale était une maladie *totius substantiæ?* Or, on ne la guérit que depuis qu'on sait qu'elle est une maladie locale. N'estimait-on pas que la fièvre puerpérale était une affection générale d'emblée? Ce n'est que depuis qu'on sait que c'est une maladie primitivement locale qu'on la soigne et qu'on la guérit.

Il y a donc un intérêt majeur à appeler l'attention des praticiens sur la période locale et le traitement local des maladies contagieuses, sans cependant perdre de vue la tendance qu'ont ces maladies à devenir plus ou moins vite générales, et sans détourner, par conséquent, les médecins des pratiques du traitement général.

Disons de suite que, par *traitement général,* nous entendons toute introduction d'agents destinés à pénétrer dans le courant sanguin, que ces agents soient confiés à l'absorption cutanée, intestinale ou respiratoire, et que par *traitement local* nous entendons l'intervention de tout agent destiné à modifier sur place la partie du corps avec laquelle il est mis en contact : les cautérisations, les pulvérisations, les irrigations, les moyens chirurgicaux constituent les agents de cette thérapeutique locale.

Envisagées à ce point de vue, les maladies contagieuses peuvent être classées suivant le

plus ou moins de succès avec lequel on peut employer contre elles les agents de la thérapeutique locale.

Ce qui nous amène à proposer la division suivante :

1° *Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale est la seule rationnelle* (chancre mou, stomatite ulcéro-membraneuse, bouton de Biskra);

2° *Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale est le plus souvent suffisante,* vu leur peu de tendance à la généralisation : blennorrhagie, furonculose;

3° *Maladies qui deviennent très rapidement générales, mais dont la porte d'entrée accessible doit être surveillée aussi longtemps que dure la maladie :* charbon, diphtérie, angines, érysipèles, maladies dites médico-chirurgicales, choléra, fièvre typhoïde, dysenterie. Tant qu'elles sont locales, le traitement local leur convient; sitôt qu'elles deviennent géné-

rales, il faut leur opposer le traitement général, mais sans négliger concurremment le traitement local ;

4° *Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale n'est suffisante que pendant un délai très court :* tétanos, rage, morve ;

5° *Maladies qui sont surtout justiciables d'un traitement général destiné à poursuivre dans le sang le microbe générateur, mais dans lesquelles la thérapeutique locale peut cependant parfois trouver ses applications :* tuberculose, cancer ;

6° *Maladies dont la porte d'entrée est connue, mais inaccessible, et contre lesquelles on ne peut par conséquent diriger aucune intervention locale :* syphilis, variole ;

7° *Maladies à porte d'entrée non seulement inaccessible mais inconnue, à généralisation immédiate, contre lesquelles il n'y a pas à songer, dans l'état actuel de la science, à faire le moindre traitement local :* varicelle, rougeole,

gripe, dengue, scarlatine, méningite cérébro-spinale, peste, typhus, fièvre jaune, oreillons, coqueluche, suette, pityriasis rosé, érythème polymorphe.

Par une coïncidence assez curieuse, il se trouve que les maladies de nos cinq premiers groupes ont presque toutes leurs microbes connus, isolés, cultivés, tandis qu'on n'a encore pu isoler aucun des agents pathogènes des maladies du sixième et du septième groupe.

Notons aussi que l'immunité conférée par une première atteinte est assez exactement proportionnelle au rang hiérarchique ci-dessus indiqué. C'est ainsi que les malades de nos deux premiers groupes ne confèrent aucune immunité : le chancre mou, la blennorrhagie, la furonculose sont susceptibles d'être indéfiniment contractées par l'individu qui s'expose à leur atteinte.

Les maladies des trois groupes suivants confèrent une immunité relative variable avec

chaque maladie et sur laquelle nous aurons à revenir.

Les maladies du sixième groupe (syphilis) et du septième confèrent presque toutes une immunité absolue.

Enfin ces diverses maladies gardent à peu près leur rang, si on les envisage au point de vue de la prophylaxie individuelle et sociale.

Celles de la première et de la deuxième série sont très facilement évitables.

Celles de la troisième le sont dans une notable mesure (érysipèle, maladies médico-chirurgicales, choléra, fièvre typhoïde).

Celles de la cinquième et de la sixième, se transmettant par voie héréditaire, sont le fléau de l'humanité, et tiendront indéfiniment leur place dans le cadre nosologique. Enfin celles de la septième déjouent toutes les tentatives de prophylaxie sociale : on ne sait rien sur leurs microbes, sur leur porte d'entrée, sur les conditions qui favorisent leur dissémination, leur

plus ou moins de virulence. C'est contre elles que les mesures d'isolement doivent être plus spécialement réservées.

Cette classification nous semble réaliser la plupart des exigences des classifications dites *naturelles*. Nous chercherons à la légitimer par les développements qui vont suivre sans nous dissimuler que les meilleures classifications appliquées aux phénomènes de la vie ne sont que les témoins de notre ignorance. Mais elle nous aura rendu service si elle parvient à nous guider à travers les obscurités de cette étude difficile et complexe.

CHAPITRE II

PREMIER GROUPE. — **Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale est la seule rationnelle**

Les maladies contagieuses du premier groupe sont en nombre très restreint, car nous ne voulons pas faire rentrer dans cette étude les maladies parasitaires, qui ne font qu'effleurer la surface du malade, et qui n'ont jamais la moindre tendance à pénétrer dans l'intimité de ses tissus ; ce ne sont pas des *maladies* dans le sens philosophique du mot (teigne, tricophytie, pityriasis versicolor, gale, muguet).

Seuls, le chancre mou, le bouton de Biskra et la stomatite ulcéro-membraneuse nous semblent mériter une mention. Ce sont des

affections inoculables et qui ne pénètrent jamais profondément dans l'organisme.

Art. 1er. — Bouton de Biskra

M. Duclaux avait cru pouvoir dénoncer le bouton de Biskra comme susceptible de devenir une maladie *totius substantiæ* [1]; mais la question demande de plus amples études.

Chantemesse (1885) a fait sur l'homme deux inoculations d'une culture pure très virulente, sans provoquer autre chose que des accidents locaux ; cette expérience prouve à la fois la nature microbienne du clou de Biskra et sa tendance à rester une maladie locale.

Le traitement local seul lui convient; le meilleur, à notre avis, est l'iodoforme. On doit en remplir les ulcères et ne changer le pansement que tous les cinq ou six jours. Il n'y a

[1] Duclaux, *Académie de médecine*, 1885.

pas à craindre d'intoxication iodoformique parce que la surface des ulcères est très peu absorbante.

D'ailleurs, nous avons indiqué[1] un moyen qui permet de déceler, dans la salive, l'existence de l'iodoforme employé chirurgicalement.

Il consiste à broyer dans du papier blanc un peu de calomel et un peu de salive du malade ; s'il se produit une coloration jaune due au protoiodure de mercure, c'est que le malade confine à la saturation ; il suffit dès lors de suspendre momentanément l'usage de l'iodoforme.

Art. II. — Chancre mou

Quant au chancre mou, c'est une affection dont l'essence est de toujours rester locale ;

[1] Burlureaux, *Société de dermatologie* (séance du 10 avril 1890).

aussi est-il indéfiniment inoculable et ne confère-t-il jamais la moindre immunité. C'est à peine si son agent pathogène fait quelques pas dans le sens de la généralisation ; il est toujours arrêté par la barrière ganglionnaire. Nous nous demandons même, avec Strauss Manillo et Pœlchen, si l'adénite du chancre mou n'est pas provoquée par des microbes étrangers, véritables intrus trouvant sur la plaie initiale une porte d'entrée facile.

Ce que nous pouvons affirmer, c'est que nous n'avons jamais vu suppurer l'adénite d'un homme porteur de chancre mou, quand le chancre mou a été soigné convenablement et de bonne heure.

A cette maladie essentiellement locale, le traitement antiseptique externe est absolument applicable (pâte sulfo-carbonique ; nitrate d'argent, non pas un crayon, mais en solution à 1/30, appliqué au moyen d'un bourdonnet ; iodoforme).

Art. III. — Stomatite ulcéro-membraneuse

La stomatite ulcéro-membraneuse est aussi une maladie purement locale et toujours locale. Elle se transmet par contagion directe ; nous l'avons observée chez des hommes buvant dans le même gobelet.

Elle est justiciable du traitement local (chlorate de potasse en gargarismes, en pastilles, chlorate comprimé), sans qu'il soit utile de prendre ce médicament en potions.

Mieux encore des collutoires phéniqués s'opposent admirablement aux progrès de la maladie : nous voulons bien admettre qu'elle se développe surtout chez les hommes fatigués, mal nourris, mais ce n'est pas une raison pour qu'elle soit une maladie *totius substantiæ*, comme quelques médecins inclinent à le croire. Elle est aussi locale que le muguet qui, lui aussi, se plaît sur les organismes déprimés.

CHAPITRE III

DEUXIÈME GROUPE. — **Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale est le plus souvent suffisante.**

Les plus importantes sont : la blennorrhagie et la furonculose.

ART. I[er]. — BLENNORRHAGIE

Cette maladie reste locale quatre-vingt-dix fois sur cent.

Elle est alors justiciable du traitement local : soit du nitrate d'argent employé pendant les quarante-huit premières heures, alors que le microbe de Neisser est cantonné dans la fosse naviculaire (traitement abortif) ; soit de la quinine en injections :

Sulfate de quinine................	1 gr.
Acide tartrique....................	1
Eau simple.........................	200

Quand le microbe a cheminé plus loin, les injections tièdes au sulfate de quinine nous ont toujours donné d'excellents résultats et nous ont semblé s'opposer à l'extension de la maladie. Nous n'avons pas souvenance d'avoir vu d'orchites chez nos malades traités par les injections de quinine. Bien plus, nous croyons, avec le Dr Régnier [1], que, dans le cas d'orchite blennorrhagique, le meilleur médicament à prescrire est précisément le sulfate de quinine à prendre par la voie stomacale (1 gramme par jour).

L'*orchite blennorrhagique* est la première étape dans le sens de la généralisation. Mais tout le monde sait que, dans certains cas, l'organisme est plus profondément envahi ; de là, ces arthrites si rebelles, qui résistent au sali-

[1] Régnier, *Arch. de méd. mil.*, 1886.

cylate de soude, avec localisation fréquente sous le talon, arthrites et tenosites, contre lesquelles il y aurait peut-être lieu d'employer également le sulfate de quinine.

Mais, dira-t-on, ces complications de la blennorrhagie n'ont rien de commun avec le microbe de Neisser. Nous savons que c'est là l'opinion régnante, et nous pourrions faire preuve facile d'érudition en condensant la thèse très bien faite que notre ancien élève le Dr Patris de Broë a consacrée à ce sujet (1887). Mais tel n'est pas notre but; la question d'ailleurs ne nous semble pas définitivement jugée, et, jusqu'à preuve du contraire, nous considérons la blennorrhagie uréthrale comme susceptible de généralisations plus ou moins étendues.

La *blennorrhagie oculaire*, par contre, reste toujours une maladie locale et doit être traitée comme telle, soit par le nitrate d'argent (instillation fréquente d'un collyre à 1/30), soit, mieux

encore, par les généreuses irrigations d'eau phéniquée à 1/300. Ces irrigations ne sont pas faciles à faire chez les enfants nouveau-nés, mais, en les faisant toutes les trois heures avec 1/4 de litre d'eau phéniquée tiède, on rend de tels services aux jeunes patients, qu'il ne faut pas reculer devant la difficulté matérielle ou les appréhensions des familles. D'ailleurs, plus la maladie est prise de bonne heure, et plus vite elle est enrayée. En quarante-huit heures, on peut s'en rendre maître dans les cas en apparence les plus inquiétants.

L'appareil à employer est le bock, dont l'usage est si répandu pour les lavages des femmes en couche, ou, plus simplement, une seringue ordinaire dont on enlève le piston ; le liquide antiseptique est versé dans le corps de la seringue qu'il suffit de faire élever à quelques décimètres pour avoir un jet très doux, facile à diriger entre les paupières soigneusement écartées.

Art. II. — Anthrax et furonculose

Ce sont toujours des maladies primitivement locales. Schimmelbusch [1] en a parfaitement étudié la pathogénie et indiqué le mode de pénétration du staphylocoque générateur qui ne pénètre bien que dans la peau frottée et le long des poils.

A sa période locale, la furonculose est justiciable de l'antisepsie externe : bains phéniqués, compresses phéniquées, pulvérisations phéniquées (Verneuil [2]), injections interstitielles phéniquées (Déclat).

Une fois le furoncle ouvert et le bourbillon sorti, nous conseillons de remplir la cavité avec la poudre suivante :

Chaux vive.....................	à parties égales
Carbonate de soude...........	
Alun..........................	

[1] Schimmelbusch, *Ann. des mal. de l'oreille,* 1889.
[2] Verneuil, *Académie de médecine*, 1888.

La puissance bactéricide du mélange est extrêmement plus considérable que l'action isolée de chacun des composants; nous en avons acquis la certitude en expérimentant sur de l'eau polluée par une culture pure de staphylocoques et de streptocoques. C'est alors seulement que nous avons employé le produit pour le traitement des furoncles et de l'ecthyma, et nous avons eu à nous en louer; car, d'une part, la cicatrisation du furoncle s'opère avec une rapidité peu commune, et, d'autre part, en tuant sur place les micrococques pathogènes, on garantit le malade contre les invasions ultérieures.

Nous avons aussi employé avec grand succès la créoline.

Un de nos malades avait sur le bras et l'avant-bras droit des furoncles multiples se reproduisant depuis six mois avec une ténacité extraordinaire. Sa peau en était devenue éléphantiasique, et, depuis trois mois, tous les

moyens de traitement employés avaient échoué, y compris l'enveloppement dans des compresses imbibées d'eau phéniquée à 5/100. Or l'émulsion de créoline à 5/100, imbibant des compresses de tarlatine et appliquée nuit et jour sur les parties malades, eut, en huit jours, raison de cette furonculose locale si tenace.

Mais la furonculose ne reste pas toujours locale : que le microbe générateur sorte de ses repaires pour se répandre dans le torrent sanguin, et l'on sera en présence d'infections microbiennes fort redoutables.

L'une des formes de cette infection n'est pas autre que l'*ostéo-myélite infectieuse* (Socin, Rosenbach, Becker, Krauss, Fodor, Rodet).

Une autre variété est l'*endocardite ulcéreuse* (Ribert et Bonhomme, Wissocowisch, etc.). Ces terribles accidents n'arrivent jamais quand le furoncle ou l'anthrax siègent sur une région de la peau assez épaisse pour s'opposer à la translation du microbe. Mais les furoncles

de la joue, des lèvres, de l'oreille [1], doivent être redoutés à l'instar des maladies les plus graves et être soigneusement traités.

Pour guérir les malades ainsi infectés, il faut :

1° Soutenir leurs forces par l'alcool à haute dose, de façon à permettre aux phagocytes d'avoir le temps de lutter contre les ennemis qui ont envahi le torrent sanguin ;

2° Chercher à atteindre l'ennemi dans la place : en d'autres termes, faire l'antisepsie du milieu sanguin ; c'est là une prétention qui peut sembler excessive ; or nous verrons, à propos du traitement des affections puerpérales, qu'elle n'a rien d'illogique ; mais ce qu'il faut surtout, c'est traiter le point de départ, le furoncle initial, pour empêcher les incessantes et successives immigrations microbiennes.

[1] Lœwenberg, *Progrès médical,* 1881.

C'est dans ces cas que l'audace chirurgicale est de rigueur. Il ne faut pas hésiter à ouvrir largement et à gratter à la curette le foyer du mal pour être sûr d'atteindre dans leurs repaires les plus profonds toutes les colonies microbiennes. Les antiseptiques pourraient ne pas avoir assez de puissance de pénétration, et le danger pressant légitime l'intervention radicale.

La furonculose, après avoir été infectante, peut devenir locale ou, mieux, localisée : quelques colonies de staphylocoques, ayant échappé à la destruction que leur réservaient les phagocytes, vont se cantonner dans telle ou telle jointure, dans telle ou telle région du périoste, ou dans les muscles, ou sous la peau ; le danger est moindre que quand la maladie était infectante, mais il peut être encore considérable ; c'est alors qu'une large incision hâtive trouve ses plus précises indications.

En résumé, la furonculose peut être locale

(*furoncle*, *ecthyma*, *anthrax*) ; elle peut être généralisée (*staphylocoqhémie*, *variété de pyohémie*) ; enfin elle peut avoir une localisation secondaire (*arthrites purulentes*, *ostéo-myélites*, *abcès musculaires*, etc.).

Nous verrons que les mêmes considérations et les mêmes règles thérapeutiques s'appliquent à l'érysipèle et aux autres maladies à streptocoques ainsi qu'à la tuberculose et à la morve.

CHAPITRE IV

TROISIÈME GROUPE. — **Maladies qui deviennent très rapidement générales, mais dont la porte d'entrée accessible doit être surveillée aussi longtemps que dure la maladie.**

ART. Ier. — CHARBON

Les études de Straus ont bien démontré l'évolution de la bactéridie charbonneuse dans le derme, le tissu cellulaire sous-jacent, les glandes sébacées et sudoripares, évolution locale qui demande un certain nombre d'heures, et dont la lenteur relative permet l'intervention efficace des agents antiseptiques.

Depuis longtemps, d'ailleurs, on savait que des injections de teinture d'iode, faites de bonne heure dans l'épaisseur et autour de la pustule

maligne (Davaine, Proust[1]), mettaient le malade à l'abri de la généralisation bactéridienne, et que des cautérisations galvano-caustiques (Besnier), opérées pendant les deux premiers jours qui suivaient l'inoculation charbonneuse, étaient d'une efficacité absolue. MM. Gauthier et Legrand ont même relaté une observation[2] qui prouve que la guérison est encore possible après cinq jours, alors que la bactéridie a envahi le tissu cellulaire à plusieurs centimètres du point d'inoculation.

Leur malade, du service de Richelot, avait une pustule maligne (porte d'entrée) au front; à l'arrivée, il présentait un gonflement œdémateux des paupières, de la face et du cou, une température de 39° et déjà de la stupeur; trente-six injections iodées, faites en trois jours, ont eu raison de cette redoutable affection. L'examen bactériologique et les inoculations à des

[1] Proust, *Académie de médecine*, 1884.
[2] Gauthier et Legrand, *Union médicale*, août 1889.

cobayes ont démontré la présence des bactéridies dans le sang de la joue.

Cette affirmation nous étonne, car on sait qu'une fois la bactéridie dans le sang les heures des victimes sont comptées. Les bactéridies existaient sans doute dans la sérosité du tissu cellulaire et non dans le torrent circulatoire.

Le *charbon pulmonaire* et *intestinal* de l'homme a aussi sa porte d'entrée ; il est d'abord une maladie locale, mais la profondeur de son siège le rend inaccessible.

Art. II. — Diphtérie

Nul doute que, tout d'abord, son agent pathogène (microbe de Klebs, 1883), étudié ensuite par Loeffler (1884 à 1887) et par Hoffmann (1888), ne s'implante soit sur la peau dénudée, soit sur l'amygdale (porte d'entrée), et ne s'y

multiplie sur place, sourdement, sans occasionner le moindre malaise, mais en provoquant l'apparition d'une fausse membrane extrêmement peu épaisse, ou, même, ne se traduisant que par une teinte légèrement opaline de la région.

A ce moment, la maladie est tout à fait locale et très facilement accessible ; nous en avons eu la preuve, et voici dans quelles circonstances :

Chargé d'un service dans lequel les diphtéritiques sont presque en permanence, nous nous faisons un devoir de regarder à la moindre alerte la gorge de nos infirmiers, et nous avons eu ainsi l'occasion de voir plusieurs fois naître, pour ainsi dire sous nos yeux, la diphtérie. Or on ne saurait croire avec quelle facilité la pellicule opaline, qui caractérise la diphtérie à son début, s'enlève par une simple irrigation, et le malade est ainsi guéri en quelques minutes d'une maladie qui aurait pu

être grave, si on l'avait laissée évoluer seulement vingt-quatre heures de plus.

Mais, dira-t-on, êtes-vous sûr que cette pellicule initiale était bien diphtéritique ? Cette observation serait intéressante, car on ne connaît pas bien toutes les premières phases de la diphtérie, et les cliniciens ne voient jamais les diphtéritiques que quand ils ont des plaques considérables dans la gorge. Nous répondrons à cela que notre observation manque de contrôle bactériologique, mais que tout porte à croire qu'elle est exacte, car, dans un cas, nous avons à dessein laissé évoluer l'affection pendant vingt-quatre heures, et, après ce délai, la gorge, qui n'avait la veille qu'une plaquette à teinte opaline, était tapissée d'une fausse membrane caractéristique qu'une simple irrigation parvint encore à enlever.

Bref, quelques heures après le début de la période locale, la pullulation extraordinairement rapide des microbes se traduit par l'ap-

parition de fausses membranes plus facilement appréciables, et les microbes sécrètent un produit d'une haute toxicité. En outre, ils cherchent à émigrer. Ils pénètrent par les voies lymphatiques et gagnent les ganglions : c'est la première étape. La maladie n'est pas encore générale, mais la barrière offerte par les ganglions est bien fragile et, si l'art n'intervient pas pour s'opposer à la pullulation de nouvelles colonies derrière la fausse membrane initiale, une première décharge de microbes se répand dans le sang. Si, à ce moment, le médecin intervient, la partie n'est pas encore perdue. Il parvient assez facilement, en effet, à s'opposer à la formation de nouveaux microbes dans la région primitivement atteinte, et il a très rapidement la satisfaction de voir les fausses membranes cesser de se reproduire avec l'inquiétante rapidité du début ; elles ne se reproduisent plus que sous la forme de pellicules de moins en moins épaisses, de moins en moins adhé-

rentes et, aucune autre colonie microbienne ne faisant plus invasion dans le sang, la fièvre tombe peu à peu, d'autant plus vite (c'est l'expérience qui nous l'a démontrée) que le point de départ est plus activement modifié, que la porte d'entrée est plus intelligemment surveillée. Quant à la colonie microbienne qui a pénétré dans le sang et a produit de la fièvre, elle trouve dans l'intimité des tissus de redoutables ennemis ; sans doute, des leucocytes du sang que Metchnikoff appelle *phagocytes*. Le sérum du sang paraît d'ailleurs être aussi peu propre à la vie des microbes ; ses propriétés bactéricides sont aujourd'hui hors de conteste.

En ce cas, le malade en est quitte au prix d'une anémie que n'explique pas de prime abord la bénignité apparente de son affection, et qui est le résultat de la lutte dont les tissus ont été le champ de bataille et de l'intoxication produite par les ptomaïnes sécrétées par les microbes (Roux et Yersin, 1888).

Au contraire, si le médecin n'intervient pas à temps, s'il se borne à tonifier le malade pour l'aider dans la lutte qu'il va avoir à subir, s'il déserte en partie son rôle, n'assistant le malade que d'une façon accessoire sans lui donner le moindre secours direct contre son ennemi, il arrivera fatalement que de nouvelles et incessantes décharges microbiennes envahiront les tissus du malade ; les phagocytes débordés par le nombre seront impuissants dans la lutte ; les microbes gagneront sans cesse du terrain, provoquant partout des inflammations diffuses, des néphrites, des broncho-pneumonies, etc. Et, en admettant même que l'ennemi ne s'étende pas en surface, c'est-à-dire que l'inflammation spécifique ne gagne ni le larynx ni les bronches, le malade succombera à la diphtérie infectieuse, avec une fièvre qui sera ardente, surtout au fort de la lutte, au moment où l'organisme aura fait son suprême effort pour se débarrasser des trop nombreux enne-

mis. Tout cela n'est pas du roman, c'est, sinon une traduction exacte, du moins une hypothèse qui a le mérite d'être en rapport absolu avec les faits observés au lit du malade.

La fièvre, pour ne prendre qu'un des éléments du tableau clinique, est en rapport intime avec la pullulation des microbes diphtéritiques : elle disparaît avec les fausses membranes ; elle reparaît quand les fausses membranes repullulent, soit dans la gorge, soit dans le nez, soit dans le poumon : sa présence, bien qu'en ait dit Trousseau, est l'indice de la gravité de l'affection. Nous l'avons maintes fois remarqué, mais citons à titre d'exemple les deux faits suivants :

Un malade entre à l'hôpital avec une fièvre intense pour diphtérie amygdalienne grave : traitées antiseptiquement, les fausses membranes disparaissent en quatre jours ; la fièvre s'amende parallèlement, mais, cinq jours plus tard, alors qu'on croyait le malade convales-

cent, elle reprend tout à coup, atteint 40° *en quelques heures;* elle était en rapport avec un retour offensif de la diphtérie, qui cette fois respecta l'arrière-gorge, mais s'étendit du larynx aux plus fines extrémités bronchiques, entraînant la mort après six jours d'agonie et de fièvre ardente. Dans ce cas, la thérapeutique antiseptique était inapplicable, puisque la porte d'entrée de la seconde invasion était hors de toute atteinte ; mais, dans le cas suivant, la réapparition de la fièvre nous a rendu le plus signalé service en nous avertissant de la repullulation diphtéritique et de l'urgence qu'il y avait à ne pas désarmer.

L'enfant d'un de nos confrères, âgé de quatre ans, était atteint d'angine diphtéritique : malgré nos avis, son père ne voulut pas faire d'antisepsie et traiter convenablement la maladie locale, vu l'extrême indocilité de l'enfant ; la diphtérie s'étendit donc aux fosses nasales, et l'albuminurie, *la fièvre*, l'état de pâleur de la

face annonçaient une atteinte des plus graves. Usant alors de toute l'autorité que me donnait la foi thérapeutique, j'entrepris le traitement de cet enfant : je le fis solidement emmailloter dans une couverture, et lui fis dans le nez et dans la gorge, au moyen d'un ouvre-bouche, de larges irrigations d'eau boriquée, que je renouvelai deux fois par jour pendant les deux premiers jours et une fois par jour pendant les deux jours suivants. Je fis sortir d'énormes fausses membranes du nez, de la gorge, etc., et la santé de l'enfant, son appétit, ses couleurs revenaient avec une rapidité très rassurante, en même temps que la fièvre disparaissait progressivement et que les fausses membranes devenaient de moins en moins épaisses. Au cinquième jour, alors qu'il y avait encore de fausses membranes *pelliculaires*, j'eus la faiblesse de céder aux supplications de la famille et du jeune patient ; mais dès le surlendemain, je dus reprendre mon

rôle et mes irrigations, *car la fièvre*, l'état de dépression générale, l'albuminurie n'avaient pas tardé à reparaître ; la gorge était de nouveau envahie ; cinq autres irrigations firent justice en trois jours de cette nouvelle poussée, mais la convalescence fut longue, témoignant du haut degré d'imprégnation toxique.

De cette observation il ressort :

1° Que la fièvre est un excellent indicateur chez les diphtéritiques, et que le poison sécrété par les microbes de Loeffler n'est pas hypothermique, mais bien plutôt pyrétogène ;

2° Qu'il n'est pas nécessaire de torturer les malades par des irrigations fréquentes ou des attouchements incessants : trois interventions par jour, et plus tard une seule, sont largement suffisantes, si, surtout pendant les intervalles, le malade a le soin de *déranger* nuit et jour ses microbes au moyen de gargarismes antiseptiques et d'enlever le poison qu'ils sécrètent au fur et à mesure de sa production ;

3° Mais le traitement local est absolument nécessaire pour lutter contre la diphtérie ; tous les moyens internes ne sont qu'accessoires ;

4° Il ne faut jamais désespérer des diphtéries accessibles, mais plus l'intervention sera hâtive, plus elle sera efficace.

Dans la diphtérie doit-on redouter surtout la fausse membrane, et est-ce bien elle qui est responsable de tous les accidents ?

Oui, elle est redoutable, quand elle obstrue mécaniquement le larynx d'un enfant ou quand chez l'adulte, elle va tapisser le larynx, la trachée, les grosses bronches, obturer les petites bronches jusqu'à leurs dernières ramifications.

Mais, en dernière analyse, elle est à la diphtérie ce que les crachats sont à la tuberculose pulmonaire. Il faut l'enlever, parce qu'elle recèle des microbes spécifiques, mais surtout parce qu'elle cache à l'intervention la muqueuse sous-jacente, tout comme on doit

enlever le mucus utérin pour faire sur le col des attouchements antiseptiques efficaces.

C'est la muqueuse sous-jacente qu'il faut chercher à modifier antiseptiquement et à nettoyer incessamment, car c'est elle qui absorbe le poison sécrété par les microbes. Il ne faut employer à son égard que des moyens très doux, car elle a de grandes tendances à saigner ; nous avons vu souvent la simple irrigation un peu violente provoquer l'hémorragie capillaire ; or faire saigner, c'est risquer d'ouvrir largement aux microbes la porte de la grande circulation.

Dans la fausse membrane les colonies microbiennes sont enchâssées, emprisonnées au milieu de fibrilles feutrées ; elles ne sont pas en liberté : de là, peut-être, l'heureux insuccès de l'inoculation directe tentée par Trousseau et par Peter, et l'innocuité relative des autopsies de diphtéritiques ; nous en avons fait dix chez des adultes, de 1873 à 1887, alors que nous ne comprenions pas la diphtérie.

Nous n'en faisons plus aujourd'hui, car, depuis trois ans que nous avons au Val-de-Grâce un service qui reçoit la plupart des diphtéritiques de la garnison de Paris, nous n'avons pas perdu un seul malade. Mais, pour en revenir à l'innocuité des autopsies de diphtéritiques, nous n'avons pas connaissance d'un seul cas de contagion à la suite des autopsies. N'est-ce pas là un fait digne d'attirer l'attention, étant donnée l'abominable contagiosité de la maladie ? Nous nous méfierons peut-être davantage des fausses membranes pelliculaires qu'on observe soit dans les premières heures, quand on est assez heureux pour surprendre, comme nous l'avons fait, la maladie à son début, soit à la fin de la maladie, alors que les fausses membranes épaisses ont été enlevées et qu'il n'y a plus que de petites membranes de repousse qui disparaissent après chaque irrigation ou chaque gargarisme pour se reproduire avec une étonnante rapidité.

Reste à se demander jusqu'à quelle profondeur pénètrent les microbes entrés, ainsi que je le suppose, par la voie amygdalienne?

Suivent-ils, avant de pénétrer dans le sang, le trajet des nerfs, comme semblent le faire ceux du tétanos (Laveran) et de la rage (Duboué)? Nous serions assez porté à le croire, en considérant l'habituelle limitation des paralysies diphtéritiques aux nerfs crâniens et au bulbe (paralysies du voile du palais, des muscles de l'œil, du goût, du diaphragme). Il est vrai qu'on a cité des cas de paraplégie diphtéritique, mais est-il bien sûr qu'alors la porte d'entrée n'ait pas été aux membres inférieurs ou à la verge, comme nous en avons vu un remarquable exemple?

Quoi qu'il en soit, tout le monde doit s'accorder à admettre que la diphtérie est une maladie qui est locale avant d'être générale, dont la porte d'entrée est le plus souvent évidente, bien qu'exceptionnellement elle n'ait pas

pu être appréciée (Boissarie[1], Dalphin[2]) et que, dans tous les cas où cette porte d'entrée est accessible, un traitement bien conduit et appliqué de bonne heure doit enrayer la maladie.

Les diphtéries dites *hypertoxiques* ne sont probablement dues qu'à une absence de soins immédiats qu'auraient rendus plus que jamais nécessaires le caractère spécialement envahissant du microbe pathogène ou la toxicité spécialement redoutable de la ptomaïne sécrétée, car cette toxicité varie dans des proportions considérables suivant les divers cas.

Quant aux agents antiseptiques à opposer à la maladie, ils sont très nombreux ; mais notre choix s'est arrêté sur le perchlorure de fer et les irrigations boriquées. Il est des microbes qui ne sont accessibles à aucun antiseptique connu jusqu'à ce jour, d'autres ne sont impressionnés que par un seul agent, qui mérite alors

[1] Boissarie, *Gaz. hebd.*, 1881.
[2] Dalphin, *Arch. de méd. milit.*, janvier 1889.

le nom de *spécifique;* la plupart sont justiciables, à divers degrés, de plusieurs antisep tiques; tel est le cas de celui de la diphtérie ; et, s'il fallait dire toute notre pensée pour le traitement de la diphtérie, nous cherchons moins à faire de l'antisepsie microbicide que du nettoyage mécanique; nous poursuivons le triple but de gêner le microbe (sans avoir la prétention de le tuer), d'enlever mécaniquement les fausses membranes et mécaniquement aussi le poison sécrété par les microbes, au fur et à mesure de sa production. Ce triple but est bien atteint par les gargarismes, même simples, pourvu qu'ils soient employés toutes les heures le jour et toutes les deux heures la nuit, et surtout par les irrigations tièdes copieuses, bien faites à raison de trois par jour et de une par nuit avec des antiseptiques variés, pourvu qu'ils soient à faible dose; nous n'avons jamais eu à recourir aux cautérisations violentes, et nous employons rarement le collutoire de Gaucher.

Notre optimisme contraste singulièrement avec l'opinion du professeur Bornhaupt de Kieff qui nous disait qu'en Russie la diphtérie était tellement au-dessus des ressources de l'art, que pour sa part, il avait renoncé à la traiter.

Art. III. — Angines

Toutes les autres angines sont probablement aussi des maladies locales, avant d'être des maladies générales, et, à ce titre, justiciables du traitement local antiseptique ou mécanique. Elles ont toutes probablement pour origine l'un ou l'autre des microbes habituels de la salive (Netter) ou des microbes accidentels : ces divers ennemis, cantonnés dans les cryptes amygdaliennes, se mettent à pulluler sur place dès qu'ils en trouvent l'occasion propice (coup de froid, dépréciation momentanée de l'organisme, érosion de la barrière protectrice). La maladie

est d'abord locale, puis ils franchissent la première étape, arrivent aux ganglions par la voie lymphatique, et pénètrent de là dans le torrent sanguin où ils trouvent, en général, une mort fort prompte ; de là, la bénignité habituelle de ces angines encore mal connues ; mais quelques-unes d'entre elles n'ont pas un pronostic si bénin. Ce sont peut-être celles qui sont provoquées par le *staphylococcus aureus* (angine de Ludwig) et par le streptocoque ; on voit apparaître à leur suite des ganglions suppurés ou des phlegmons de la région du cou.

Nous avons été témoins d'un fait de ce genre chez un enfant atteint de grave phlegmon profond du cou. La porte d'entrée était, sans aucun doute, une angine qui datait de quarante-huit heures et que nous avons pu suivre presque dès son début ; mais la propagation aux lymphatiques avait été tellement rapide que les soins antiseptiques donnés à l'angine n'ont

pu enrayer le mal, et il a fallu une incision profonde de la région latérale du cou pour sauver cet enfant.

Dans d'autres cas, nous avons été plus heureux : ainsi, en 1889, chez un convalescent de scarlatine, nous vîmes un matin apparaître une adénite du cou, insignifiante d'abord, mais qui, en vingt-quatre heures, fit des progrès effrayants menaçant de prendre la tournure d'un adéno-phlegmon des plus graves. Nos idées théoriques nous firent alors étudier la gorge, surveiller la porte d'entrée, et de généreuses injections antiseptiques, faites quatre fois par jour, eurent, en trois jours, raison de cette redoutable complication.

On ne saurait trop, en principe, surveiller la gorge des malades de tous genres.

Mais, dira-t-on, comment admettre que le traitement de la gorge, si parfait qu'on puisse le supposer, ait de l'action sur le tissu cellulaire du cou et enraye un phlegmon pro-

fond imminent. A cela nous répondrons que les mêmes résultats s'observent dans le traitement de toutes les lymphangites et des adénites infectieuses. Une lymphangite de la jambe et de la cuisse, avec bubon inguinal, s'enraye à la rigueur par le seul traitement de la plaie qui a servi de porte d'entrée aux microbes pyogènes, bien qu'il soit plus efficace de soigner du même coup la région envahie par la lymphite ; les microbes infectieux n'agissent en somme que *par leur nombre ;* ils ne sont dangereux que quand ils deviennent légion ; semblables à une armée envahissante, ils ont besoin de renforts successifs et incessants pour remplacer ceux d'entre eux qui périssent dans la lutte contre les tissus vivants. Supprimer l'arrivée de ces renforts, c'est réduire les envahisseurs à une mort presque certaine ; c'est ce qu'on fait en traitant convenablement une plaie, source de lymphangite, une angine, point de départ d'adéno-phlegmon.

§ 1er. — *Angine phlegmoneuse*

Une autre angine très intéressante à étudier et qui reste quelque temps une maladie locale, c'est l'*angine phlegmoneuse*. C'est merveille de voir avec quelle rapidité les badigeonnages de teinture d'iode pure la jugulent. Ils provoquent un soulagement immédiat de la dysphagie, font tomber la fièvre avec une rapidité extraordinaire et préviennent la suppuration d'une façon constante. Ils sont donc applicables à tous les cas d'angines phlegmoneuses, jusqu'au moment précis où la suppuration est manifeste (Coupard) ; et, même dans ces cas, ils ont pour effet d'empêcher l'angine de passer de l'autre côté du voile du palais, ce qui arrive si fréquemment quand la maladie est laissée à elle-même.

Nous avons pu vérifier plus de trente fois ces assertions chez des malades sujets aux

angines phlegmoneuses du printemps ou de l'automne avec suppuration terminale ; notre intervention a toujours fait avorter la maladie.

C'est donc que le microbe de l'angine phlegmoneuse est sensible à l'action de l'iode. Pourquoi ? Nous l'ignorons. L'iode est, dans ce cas, un véritable spécifique, alors que son action nous a paru nulle dans d'autres angines microbiennes, dans l'angine diphtéritique par exemple.

§ 2. — *Angine scarlatineuse*

L'angine scarlatineuse mérite ici une mention spéciale.

Depuis trois ans que nous soignons au Val-de-Grâce la moitié des scarlatineux de la garnison de Paris, nous avons pu faire sur ce sujet des études très précises. Or il résulte de nos observations que c'est par l'angine que la scarlatine est grave, et que les scarlatineux

succombent. Cette assertion est tellement hardie et tellement importante au point de vue pratique, qu'elle mérite une discussion.

1° Nous avons remarqué que la gravité de la scarlatine était directement proportionnelle à l'intensité de l'angine. Quand nous voyons entrer dans notre service un scarlatineux avec fausses membranes considérables, nous portons un pronostic sévère. Quand, au contraire, il n'y a que quelques fausses membranes sur l'arrière-gorge, nous pouvons affirmer que le pronostic sera bénin, quelle que soit la fièvre et quels que soient les symptômes généraux.

Quand les fausses membranes sont épaisses, difficiles à détacher, et se reproduisent en quelques heures, nous savons à l'avance que nous aurons affaire à une scarlatine grave ; quand, au contraire, elles disparaissent après quelques lavages, si intense que soit la fièvre, si généralisée que soit l'éruption, nous sommes sûrs que le pronostic sera bénin, que la

maladie cèdera en cinq ou six jours et, chose importante à noter, qu'elle ne sera traversée par aucune complication, qu'il n'y aura à sa suite ni abcès profonds, ni rhumatismes, ni arthrites, ni bubons. La néphrite elle-même nous semble rare à la suite des scarlatines quand la gorge a été traitée convenablement.

Nous sommes portés à croire que les scarlatineux qui succombent meurent presque tous par streptocoqhémie ; ils ont, en effet, les mêmes symptômes et les mêmes lésions que les hommes qui succombaient à la grippe infectieuse pendant l'épidémie de 1890 et dans le sang desquels le streptocoque pullulait.

Chez les grippés, nous n'avons jamais pu trouver la porte d'entrée de la streptocoqhémie, mais chez les scarlatineux elle provient certainement de l'arrière-gorge. En effet, aucun des hommes, dont nous avons pu soigner convenablement la gorge, n'a succombé à cette infection. Sur cent quatre-vingts scarla-

tineux, nous n'en avons pas perdu un seul, pendant les deux premières années de notre pratique au Val-de-Grâce, parce que les soins de la gorge étaient irréprochables ; nous n'avons perdu qu'un convalescent atteint de néphrite. Pendant la troisième année, nous en avons perdu trois sur soixante : l'un, il est vrai, de tuberculose méningée ; mais deux autres, d'une sorte d'infection sans nom, scarlatine maligne qui devait être de la streptocoqhémie. Or, chez ces deux derniers malades, les soins méticuleux de la gorge avaient fait défaut, par suite de l'encombrement du service et de l'excès de travail imposé à notre personnel.

Nous sommes convaincu que, quand on voudra rechercher dans le sang des moribonds qui vont succomber à la scarlatine le streptocoque, on l'y trouvera, comme MM. Laveran, Vaillard et Vincent l'ont trouvé dans la grippe infectieuse.

On voit de suite la portée pratique de cette notion. La scarlatine ne serait pas cette maladie traîtresse, tantôt bénigne, tantôt d'une malignité désolante et au-dessus de toutes ressources, qu'on a dénoncée de tout temps comme faisant l'effroi de la thérapeutique. C'est une maladie qui ne serait grave que par l'angine concomitante qui ouvrirait la porte à une infection secondaire. Or cette angine n'est pas diphtéritique ; on aurait pu l'affirmer au nom de la Clinique. Elle n'entraîne, en effet, jamais le croup ; elle n'occasionne jamais de paralysies tardives, comme le fait la diphtérie. En outre, la bactériologie démontre qu'elle n'est pas due au bacille de Loeffler ; c'est ce qui ressort déjà de vingt examens faits sur les angines de nos scarlatineux par notre collègue, M. le professeur agrégé Antony : douze fois c'étaient des angines à streptocoques ; une fois, le pneumocoque seul a pu être retrouvé dans la fausse membrane ; trois fois, il y avait association

de pneumocoques et de staphylocoques, sans parler d'autres microcoques encore à l'étude.

On croyait autrefois que cette angine faisait partie de la maladie, tout comme les taches rosées faisaient partie de la fièvre typhoïde ; qu'il n'y avait rien à faire contre elle, pas plus qu'on ne fait quelque chose contre les taches rosées ; c'est tout au plus si les médecins soigneux donnaient quelques gargarismes.

Nous pensons, au contraire, qu'il faut surveiller de très près cette complication redoutable, faire gargariser le malade toutes les heures, dût-on le réveiller la nuit, et surtout lui faire deux et trois fois par jour des irrigations tout comme dans la diphtérie.

Pour faire cette opération, nous faisons lever le malade, quelle que soit la gravité de son état ; il se place dans un fauteuil garni de couvertures, au milieu desquelles on l'enroule. Il est nécessaire de bien voir clair : un infirmier, muni d'un irrigateur Eguisier, se tient à sa

gauche et derrière lui, l'opérateur également à sa gauche ; un autre infirmier tient une cuvette sous son menton. On fait ouvrir la bouche au malade, et on lui dit de montrer les dents et de rentrer la langue qu'on abaisse fortement avec une cuiller. L'opérateur, tenant de la main gauche la cuiller et de la main droite la canule de l'irrigateur, vise les fausses membranes, contre lesquelles il dirige un jet oblique et puissant. Ce jet, tournoyant dans l'arrière-gorge, détache mieux que n'importe quel pinceau ou écouvillon. Un litre de liquide chaud et plus ou moins antiseptique est nécessaire à chaque opération. Il faut éviter que le malade n'étouffe : pour cela suspendre quelques secondes l'irrigation, chaque fois qu'il paraît incommodé. On le laisse ainsi respirer et cracher. Nous nous y reprenons sept à huit fois pour faire ainsi passer un litre d'eau. Les deux ou trois premières opérations sont assez pénibles, mais les malades en

éprouvent un tel bienfait qu'ils acceptent et même réclament l'irrigation.

Nul doute que, dans les cas graves, à la suite de l'irrigation, un attouchement avec un liquide antiseptique ne soit à recommander : nous avons employé le perchlorure, l'acide phénique dans la glycérine à 1/10.

On pourrait également se servir d'une solution de résorcine à 1/100, comme le fait le D[r] Cattani, médecin du grand hôpital de Milan, ou du collutoire de Gaucher :

Acide tartrique....................	1 gr.
Acide phénique....................	5
Alcool..........................	10
Huile de ricin.....................	15
Camphre........................	20

§ 3. — *Angine de la fièvre typhoïde*

Chez certains typhoïdiques, on voit, dès le début de la maladie ou avant même que le diagnostic de fièvre typhoïde soit possible, la gorge tapissée de fausses membranes plus ou

moins épaisses ressemblant fort à celles des scarlatineux : l'existence de cette angine est du plus mauvais augure. Nous avons souvenance de l'avoir rencontrée huit fois et sept fois avec issue funeste.

Fort heureusement, cette complication est rare, car nous ne l'avons vue, disons-nous, que huit fois sur plus de deux mille cas de fièvre typhoïde : nul doute que cette angine n'ait été, le plus souvent, considérée comme diphtéritique; de là, cet axiome bien connu des cliniciens : « Quand la diphtérie complique la fièvre typhoïde, le malade est condamné. » Nous pensons, sans pouvoir l'affirmer, que cette angine diphtéroïde n'est pas due au bacille de Lœffler : ce doit être une angine à streptocoques, car elle ressemble singulièrement à toutes celles où l'examen bactériologique a démontré l'existence du streptocoque, mais la gravité en est infiniment plus grande chez les typhoïdiques que chez les scarlatineux, et de

cette association microbienne résulte une forme tout spécialement redoutable de la fièvre typhoïde, se caractérisant par un faciès plombé, de l'albuminurie et du délire aigu. Dans ces cas, la plus grande hardiesse thérapeutique nous semble légitime. Aux soins méthodiques et assidus de la gorge, nous serions portés à associer le traitement par le quinine à hautes doses, le quinine nous paraissant être le meilleur des médicaments dans toutes les affections à streptocoqhémie. Quoi qu'il en soit, cette angine des typhoïdiques diffère tout à fait de celle que M. Duguet a décrite comme appartenant en propre à la fièvre typhoïde et qui n'imprime à la maladie aucun caractère spécial de gravité.

Art. IV. — Erysipèle

L'érysipèle de la face reste local un certain temps avant de devenir une maladie générale,

et, si l'on pouvait en temps utile atteindre sa porte d'entrée, nul doute qu'on n'enrayât très facilement son extension. Il est d'ailleurs, au plus fort de son évolution, justiciable de l'antisepsie externe, et la meilleure manière de le soigner est de le panser comme on panserait une lymphangite de la jambe.

Dans un cas d'érysipèle grave du cuir chevelu avec délire aigu et 41°,3 de fièvre, nous avons pu enrayer rapidement la maladie par l'application d'un pansement phéniqué sur la tête :

Acide phénique	5 gr.
Glycérine	50
Eau	1 lit.

Les plus récentes publications sur la thérapeutique de l'érysipèle s'inspirent des mêmes principes, ainsi qu'on peut le voir par l'énumération ci-jointe : Kuhnert [1] a guéri trois cas

[1] Kuhnert, *Centralbl. für Chirurgie*, 1886, n° 9.

d'érysipèle à l'aide de scarifications punctiformes pratiquées dans l'épaisseur du derme ; sur toute l'étendue de la surface érysipélateuse, les incisions furent lavées avec une solution d'acide phénique à 5 0/0 et pansées ensuite avec une solution à 2 1/2 0/0. Hofmokl[1] trouve les incisions inutiles et applique des compresses d'une solution phéniquée de 3 à 5 0/0.

Konetselke[2] a guéri vingt érysipèles en faisant des frictions à l'huile phéniquée à 10 0/0.

Amici[3] cautérise le pourtour de l'érysipèle avec une solution alcoolique d'acide phénique à 10 0/0, et renouvelle les cautérisations toutes les deux heures (douze guérisons).

Nussbaum[4] emploie conjointement, avec les injections phéniquées, une pommade (ichthyol et vaseline ââ), et recouvre avec de l'ouate salicylée (cinq guérisons).

[1] Hofmokl, *Wien. med. Presse*, 1886, n° 12.
[2] Konetselke, *Wien. med. Presse*, 1886, n° 11.
[3] Amici, Roma, 1886.
[4] Nussbaum, *All. Wien. med. Zeit*, 1887, n° 1.

Classen[1] fait des incisions à la limite de la plaque érysipélateuse et applique des compresses de solution de sublimé à 10 0/0 (onze guérisons).

Fraipont[2] arrose la plaque pendant dix minutes avec une solution de sublimé à 30 0/0, puis en badigeonne les bords avec du goudron. Pansement à la liqueur de Burow.

Tichomirow[3] badigeonne les plaques et leur pourtour avec de la teinture d'iode appliquée trois ou quatre fois par jour ; sur les muqueuses, il emploie la glycérine iodée.

Koch[4] a guéri plusieurs cas à l'aide d'une pommade : créoline, 1 ; iodoforme, 4 ; lanoline, 10.

Chez un homme de quarante-deux ans, atteint

[1] Classen, *Centralblatt für Chirurg.*, 1887, n° 19.

[2] Fraipont, *Annales de la Société méd. chir. de Liège*, 1887.

[3] Tichomirow, *Waienno se Nistanofe*, 1888, nos 24-25.

[4] Koch, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1889, n° 27.

depuis une quinzaine d'un érysipèle ambulant de la face, du tronc et des membres supérieurs, Rosenthal a pu arrêter la marche envahissante de l'affection par l'emploi des injections phéniquées et de la médication de Pirogoff. Tous les deux jours, le malade prenait, de deux heures en deux heures, 15 centigrammes de camphre et était mis en sudation plusieurs heures au moyen de thé chaud. Dans les jours intermédiaires, Rosenthal lui pratiquait des injections phéniquées à 2 0/0 dans le tissu sous-cutané des régions érysipélateuses de deux heures en deux heures, à raison de la moitié d'une seringue; il fit ainsi, dès la première séance, vingt injections dont le résultat fut merveilleux. Dès le lendemain, le gonflement et la rougeur avaient presque entièrement disparu et l'érysipèle s'était arrêté, tandis qu'il continuait à progresser sur les régions non encore injectées. Il fit, en tout, une centaine d'injections qui ne donnèrent lieu à aucun

symptôme d'intoxication et seulement à un petit furoncle [1].

Weber préconise, comme autre moyen, le badigeon phéniqué à 5 0/0. Il rappelle les incisions multiples de Kraske et de Riedel et recommande, pour les faire, un instrument composé de cinq petites lames étroites, séparées de 1 centimètre les unes des autres [2].

En somme, l'*érysipèle* dit *médical* est identique à l'érysipèle des services de chirurgie ; il n'y a pas lieu de maintenir plus longtemps une distinction que ne légitiment ni la clinique, ni la thérapeutique, ni la bactériologie.

Arrivons donc à l'*érysipèle* dit *chirurgical* et aux autres maladies appelées *médico-chirurgicales*, qui faisaient autrefois l'effroi des opérateurs. On ne voit plus dans les services de chirurgie ces graves affections sans nom, si complexes et si terribles, pour la production

[1] Rosenthal, *Berl. Klin. Woch.*, 21 octobre 1889.
[2] Weber, *New-York méd. Record*, 25 mai 1889.

desquelles l'association de divers microbes pathogènes paraissait nécessaire. Mais est-il, même à l'heure présente, un chirurgien assez heureux pour ne plus jamais avoir à compter avec les complications des plaies d'origine microbienne (production de pus, lymphites, débuts d'érysipèle, etc.). D'où vient donc que ces complications n'ont plus le caractère alarmant d'autrefois? C'est qu'on sait les enrayer dès leur début, tuer sur place les microbes pathogènes ou, tout au moins, les enlever assez vite pour ne pas leur donner le temps de pénétrer profondément dans l'organisme. C'est, en d'autres termes, que les chirurgiens savent manier les ressources de l'antisepsie externe, c'est qu'ils sont habitués à ne considérer que des maladies locales, tandis que les médecins ont de la tendance à ne voir partout que des maladies générales. Ils savent mieux que nous, médecins, *penser pathogéniquement*.

Ne voit-on pas d'ailleurs tous les jours, en

dehors des grands services de chirurgie, des maladies médico-chirurgicales, qui sont très intéressantes parce qu'elles démontrent admirablement l'importance de l'antisepsie externe appliquée à la maladie, à sa période de localisation ?

Rien n'est plus curieux à ce titre que d'étudier avec un esprit philosophique la moindre lymphite survenue à la jambe d'un fantassin, à la suite d'une écorchure de soulier malpropre : le microbe producteur de cette lymphite ne procède pas autrement que celui de l'érysipèle, dont nous avons cherché à esquisser le mode d'action ; seulement il est un peu plus facile à atteindre, il est plus facilement retenu par les ganglions de l'aine, mais il n'en serait pas moins très redoutable si l'incurie du médecin lui laissait franchir cette barrière ; au début de notre carrière, nous avons vu deux hommes mourir par suite d'écorchures négligées. Y a-t-il rien de plus local qu'une

brûlure de la peau ? Cependant, pour peu qu'elle soit étendue, le malade prend vite de la fièvre et peut mourir dans un état infectieux. Pourquoi ? C'est parce que, sous la peau mortifiée, se développent des streptocoques qui envahissent ultérieurement l'économie. Nous en avons eu la preuve *de visu* sur une pièce que nous a montrée M. Cornil et provenant d'une victime de 1886. Là encore, le traitement local antiseptique peut prévenir des désastres, et le meilleur traitement est, sans conteste, le bain tiède légèrement phéniqué et surtout extrêmement prolongé ; nous avons pu nous en convaincre quand nous étions attaché au régiment des sapeurs-pompiers de Paris, et nous n'hésiterions pas, en face de brûlures profondes, à laisser les malades dans le bain tiède pendant des jours et des semaines entières. C'est le traitement qui peut le mieux les guérir et surtout les soulager.

Art. V. — Affections puerpérales

Y a-t-il rien de plus local, au début, que les affections dites puerpérales? Elles ont parfois une porte d'entrée extérieure appréciable ; tel était le cas de ces femmes qui, avant d'avoir la fièvre puerpérale, avaient des fausses membranes vaginales, périnéales, anales, etc... Notre ami M. Vaillard [1] a relaté une épidémie de fièvre puerpérale à forme diphtéritique, cette forme si rare dont M. Widal n'a signalé qu'une observation [2].

Le plus souvent la porte d'entrée est utérine, un ou deux jours se passent alors avant la généralisation de l'infection marquée par l'apparition du frisson et de la fièvre ardente. C'est pendant ces heures précieuses que l'accoucheur doit savoir intervenir, car, une fois le

[1] Vaillard, *Thèse,* 1874.
[2] Widal, *Étude sur l'infection puerpérale*, 1888.

microbe répandu dans le torrent circulatoire, il devient difficilement accessible, bien qu'il le soit encore en certains cas, ainsi que nous l'avons vu, à diverses reprises, dans le service de M. le professeur Pinard. Notre cher maître et ami traite par les irrigations intra-utérines phéniquées, continuées pendant dix, vingt-quatre, soixante heures consécutives, les femmes atteintes de fièvre puerpérale, et arrive à la guérir dans des cas qui, il y a dix ans, eussent paru être au-dessus de toute ressource. Nul doute que l'acide phénique, employé ainsi à dose considérable, ne tue dans le sang même de la malade les streptocoques qui l'ont envahi ; il est, en effet, absorbé puisqu'on le retrouve dans l'urine, et puisqu'il amène des hypothermies considérables, identiques à celles que nous décrivons plus loin à propos de l'usage de la créosote.

Une fois répandu dans le torrent circulatoire, si le streptocoque n'entraîne pas la mort de la

malade par septicémie sans abcès, il finit lui-même par mourir, mais quelques-unes de ses colonies peuvent se fixer dans tel ou tel point de l'organisme.

C'est ainsi que naît la *phlegmatia alba dolens*, d'après les recherches bactériologiques de M. Widal (1888), qui a retrouvé le streptocoque pyogène dans les caillots fibrineux.

C'est ainsi que se produisent les *abcès du tissu cellulaire* avoisinant l'utérus, les *péritonites* et plus souvent les *pelvi-péritonites*, les *salpingites purulentes*, tous accidents secondaires entraînant rarement la mort et fort comparables, dans leurs modes de production, à ce que nous décrirons plus loin sous le nom de *tuberculoses locales secondaires*, et à ce que nous avons indiqué sous le nom de *localisation secondaire de la staphylocoqhémie*.

Art. VI. — Métrite

En dehors de l'état puerpéral, la métrite aiguë, les menaces de plegmon péri-utérin qu'on rencontre parfois chez les femmes ayant des fibrômes, les menaces de pelvi-péritonite, etc., sont admirablement enrayées par de larges injections *vaginales* à l'eau phéniquée à 2 0/0, ou à la liqueur de Van Swieten, ou à la microcidine en solution à 4 0/0, tant il est vrai que toute cette série d'affections est d'origine microbienne et que toutes ont une période locale à leur début, période que doit savoir utiliser le praticien.

Dans certains cas de péritonite, les injections vaginales ne suffisent pas; alors, il ne faut pas hésiter à faire des injections intra-utérines. Tel le cas d'une malade soignée par M. le Dr Barthélemy et par nous et qui était atteinte de péritonite aiguë, dont le point de départ

était utérin; une enquête sommaire nous fit découvrir que l'utérus était quelque peu intéressé. Nous fîmes alors faire des irrigations intra-utérines, et grande fut notre satisfaction en voyant que la cavité utérine contenait une notable quantité de pus : celui-ci évacué, la péritonite si nettement dessinée et si menaçante fut enrayée en quelques jours. Nul doute que la malade n'ait dû la vie à ces irrigations intra-utérines.

Dans les cas plus chroniques, le grattage s'impose et toujours dans le même esprit; c'est sans doute de la même façon qu'agit l'électricité d'après la méthode d'Apostoli.

Art. VII. — Gangrène gazeuse

La *gangrène gazeuse* (*œdème gangréneux, érysipèle bronzé*) est aussi une maladie primitivement locale, et la meilleure preuve de

cette affirmation est tirée des enseignements de la thérapeutique.

Tous les praticiens qui ont eu le triste privilège de faire connaissance avec cette redoutable affection s'accordent à dire que l'amputation du membre atteint, faite aussi haut que possible et sans délais, est la seule ressource efficace ; Larrey, nos chirurgiens de Crimée, Salleron, etc... et, plus récemment, MM. Trifaut, Tédenat, Forgues, etc., sont unanimes sur ce point. C'est l'expérience qui le leur a démontré ; mais n'est-ce pas du même coup la plus éclatante confirmation de la manière de voir des chirurgiens actuels? La porte d'entrée est toujours une plaie extérieure, qui permet la pénétration dans les tissus du vibrion septique. Mais, dans la gangrène gazeuse, l'invasion des tissus se fait avec une rapidité foudroyante (*gangrène foudroyante*), et se fait exclusivement de proche en proche, sans que le microbe pénètre dans le torrent sanguin (ce n'est pas

étonnant, puisqu'il est anaérobie; on ne peut donc les trouver dans le sang que quelques heures après la mort). En d'autres termes, la généralisation de la gangrène gazeuse s'opère par un mode tout spécial, ce qui tient aux mœurs du microbe producteur. Il n'en est pas moins vrai que la généralisation n'est pas immédiate, que la maladie est locale d'abord, c'est-à-dire qu'elle sera accessible à la thérapeutique le jour où l'on aura trouvé l'antiseptique capable d'impressionner le vibrion septique pathogène. Certaines expériences de M. Vignal, relatées par M. Tarnier[1], tendraient à prouver que l'acide phénique est l'ennemi par excellence du vibrion septique. Nous n'hésiterions pas, pour notre part, si nous nous trouvions en face d'un cas de gangrène gazeuse, à faire au-dessus de la région envahie toute une série de petites injections avec la seringue de Pravaz chargée d'eau phéniquée à 1/50.

[1] Tarnier, *Bulletin médical*, 1891.

L'histoire de la *pourriture d'hôpital* est exactement calquée sur celle de la gangrène gazeuse, avec cette différence que les microbes générateurs sont moins envahissants et plus susceptibles d'être gênés dans leur marche progressive.

Le traitement local par le nitrate d'argent associé à l'iodoforme et à l'acide phénique y fait merveille (Sockeel[1]). Notre collègue et ami a pu arrêter, par la combinaison de ces trois antiseptiques, des pourritures d'hôpital à allures extrêmement inquiétantes.

Art. VIII. — Gangrène foudroyante des organes génitaux

Mêmes observations pour une maladie singulière, que nous avons eu l'occasion d'étudier deux fois, en quatre ans, dans le service de

[1] Sockeel, *Archives de méd. et pharm. mil.*, 1886.

M. le professeur Fournier, maladie rare, exceptionnelle, que l'auteur a décrite comme ayant une individualité propre[1], sous le nom de *gangrène foudroyante des organes génitaux*, et qui a bien certainement une phase locale.

Le meilleur de tous les traitements à lui appliquer est le bain simple *prolongé ;* M. Fournier, après avoir essayé les caustiques les plus énergiques, pour s'opposer à l'envahissement prodigieusement rapide des tissus, a fini par reconnaître que le bain simple valait mieux que le plus puissant des antiseptiques.

Nous pourrions encore indiquer un certain nombre d'affections, générales en apparence, qui sont cependant locales à leur origine, et insister sur ces maladies médico-chirurgicales, dont la prophylaxie et le traitement font le triomphe de la chirurgie actuelle. Mais l'harmonie de ce travail serait compromise par des développements plus étendus.

[1] Voir *Semaine médicale*, 1886.

Art. IX. — Fièvre typhoïde

Quant à la porte d'entrée de la fièvre typhoïde, personne ne la connaît encore ; mais sans revenir à la doctrine de Broussais, qui faisait de la fièvre typhoïde une maladie locale, non spécifique, il est permis de se demander si, en effet, avant d'être générale et d'infecter l'économie tout entière, le bacille d'Eberth, pénétrant par la voie stomacale, ne porte pas tout d'abord son action sur la muqueuse intestinale, et s'il ne serait pas, pendant quelques jours, accessible à l'antisepsie. Si l'on voulait bien nous pardonner la hardiesse de l'expression, nous dirions que ce sont des *dothiénentéries locales*, se traduisant par un peu d'état gastrique ou par de la diarrhée ; le nom de *fièvre typhoïde* devant être réservé aux cas où la maladie est devenue générale, tant que la dothiénentérie

est ainsi localisée, elle est justiciable du traitement local (antisepsie intestinale); une fois qu'elle est généralisée, l'antisepsie intestinale n'est plus toute-puissante, il faudrait alors atteindre le microbe dans l'intimité des tissus et dans le torrent sanguin, ce qui n'est pas impossible, mais ce qui est extrêmement dangereux, car, c'est bien le cas de le répéter, en visant le microbe, on risque de tuer le malade. Nous avons souvenance d'un typhoïdique, du service de M. le professeur Bouchard, qui, ayant pris par erreur une dose énorme d'acide phénique, faillit être empoisonné par le médicament, mais fut en vingt-quatre heures guéri de sa fièvre typhoïde. Il dut son salut à la présence d'esprit du chef de service, qui lui injecta dans l'estomac une énorme quantité d'eau destinée à entraîner par les urines l'excès d'acide phénique. Personne n'oserait recommander d'une façon courante une semblable thérapeutique, mais ce fait nous semble digne d'être

médité; il est gros de conséquences pour la médecine de l'avenir.

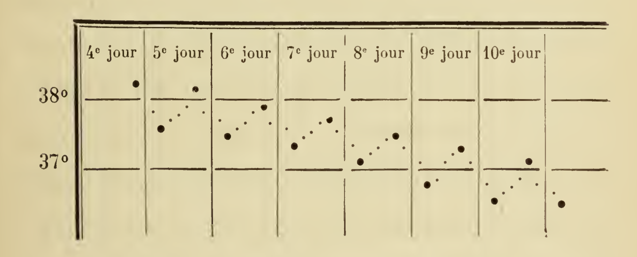
Une fois la maladie devenue générale, il n'est pas rare qu'elle ait des localisations secondaires, tout comme la tuberculose, la morve, la furonculose, la streptocoqhémie, etc. De là, ces abcès tardifs de la convalescence de la fièvre typhoïde, abcès ostéo-périostiques dans lesquels on retrouve exclusivement le bacille d'Eberth (Achalme), abcès sous-cutanés, abcès profonds ganglionnaires, etc., abcès pleuraux (Baccelli [1], Loriga et Pensuti [2]), qui éternisent la convalescence et sont justiciables de l'antisepsie chirurgicale quand ils sont accessibles. Nous ne disons pas que tous les abcès consécutifs à la fièvre typhoïde sont dus au bacille d'Eberth; mais les quelques observations ci-dessus mentionnées suffisent aux besoins de notre cause.

[1] Baccelli, *Clinique médicale de Rome.*
[2] Loriga et Pensuti, *Rif. méd.*, nº 206, 1890.

Art. X. — Dysenterie et choléra

Même problème pour la dysenterie et le choléra : il est très possible que ces maladies soient d'abord locales ; elles évoluent alors sans fièvre ; à partir du moment où les microbes ou les produits sécrétés par eux ont franchi la barrière de l'épithélium intestinal, elles deviennent maladies générales avec fièvre. Disons à ce propos que la fièvre de la dysenterie est beaucoup plus fréquente qu'on ne se le figure ; nous en avons observé de près une petite épidémie et, en prenant soigneusement la température, nous avons pu nous convaincre de la constance de la fièvre du quatrième au cinquième jour de la maladie, comme si c'était à ce moment que la maladie devenait générale seulement ; cette fièvre est très modérée, c'est pourquoi elle passe souvent

inaperçue. Les courbes de quinze malades observés, qui tous ont guéri, sauf un qui avait une néphrite ancienne ignorée et trouvée à l'autopsie, sont calquées sur le modèle ci-dessous :



La dysenterie n'amène l'hypothermie que quand survient le collapsus ; peut-être son microbe sécrète-t-il un poison qui, à *forte* dose, amène la chute de la température et contre balance l'hypothermie du début.

Quant à la fièvre du choléra, y compris le choléra *nostras*, elle est plus fréquente qu'on ne le croit ; même pendant l'algidité, la température rectale est élevée ; mais elle est surtout

appréciable au début de cette période de la maladie, qu'on nomme si improprement *période de réaction*, et qui mériterait mieux le nom de *période d'intoxication* par les produits sécrétés par les microbes (Bouchard, Koch), ou qui pourrait peut-être encore légitimement s'appeler *période d'action des ennemis de la deuxième heure envahissant l'économie par les brèches de l'intestin nécrosé.*

De tout cela découle l'importance qu'il y a à soigner au début les trois maladies sus-indiquées, alors qu'elles sont encore à la période locale et qu'il n'y a pas encore de brèches intestinales. C'est un précepte qui est partout recommandé pour ce qui touche au choléra et à la dysenterie, mais qui est également applicable à la fièvre typhoïde. Il y a une différence capitale au point de vue du pronostic, entre un malade dothiénentérique qui a reçu des soins immédiats et un typhoïdique qui entre à l'hôpital déjà porteur de taches rosées, et, *a fortiori*,

arrivé au troisième septenaire. Gesenius, de Berlin, a prouvé, par une statistique portant sur quatre années et divisant les malades en catégories suivant l'ancienneté de leur maladie avant l'entrée à l'hôpital, que la mortalité variait de 8 à 37 0/0, suivant la catégorie [1]. De là, par parenthèse, la différence de mortalité entre les hôpitaux civils et militaires, les militaires recevant des soins plus précoces et entrant à l'hôpital plus tôt que les malades civils. D'après Brouardel [2], elle n'est que de 4 0/0 dans l'armée, y compris l'armée d'Algérie et de Tunisie, alors que, dans les hôpitaux civils de Paris, elle atteint 15 0/0 (Merklen [3]). C'est aussi le taux de la mortalité à Berlin dans les hôpitaux civils (Vogt, Senator). C'est en partie parce que le dothiénentérique qui a reçu des soins immédiats a des chances pour avoir été traité

[1] Gesenius, *Deut. med. Woch,* 1883.
[2] Brouardel, *La fièvre typhoïde en France* (*Annales d'hygiène*, 1890, tome XXIV, p. 481).
[3] Merklen, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1889.

antiseptiquement soit par du bismuth, si le médecin a cru devoir arrêter une diarrhée qu'il a crue simple, soit par du calomel, soit tout au moins par du sulfate de soude, qui pourrait bien être hostile au microbe de Gaffky, comme il l'est probablement au microbe dysentérigène. Ces interventions du début peuvent ne pas avoir été suffisantes pour juguler la fièvre typhoïde, mais elles ont été incontestablement utiles, puisque la fièvre typhoïde du malade traité évolue bien plus correctement que celle du malade non traité.

La gravité de la fièvre typhoïde des armées en campagne tient en partie à cette absence de soins du début. Les formes ambulatoires de l'armée de Tunisie sont à ce titre restées dans notre souvenir [1]; nos soldats marchaient tant qu'ils pouvaient, hésitant à se présenter à la visite, pour mille et une raisons, jusqu'au jour où, la mala-

[1] *Statistique méd. de l'armée*, 1882.

die devenant générale, ils étaient terrassés et mouraient en trois ou quatre jours.

La gravité de la fièvre typhoïde sporadique, bien connue et dénoncée par M. Arnould, tient à notre avis à ce qu'elle est méconnue pendant les premiers jours, alors que la thérapeutique aurait eu prise sur les lésions intestinales. Quand, au contraire, la maladie sévit épidémiquement, l'attention des médecins et des familles est attirée dès le début, et les soins convenables enrayent ou atténuent la maladie.

Dans les cas exceptionnels où le microbe typhoïdique semble pénétrer dans l'économie par la voie pulmonaire (*laryngo-typhus primitif* des Allemands, *pneumotyphus*), il est bien évident qu'on ne peut chercher à le tuer sur place. Mais ces cas sont absolument rares, la porte d'entrée de la fièvre typhoïde paraissant dans la majorité des cas être le tube digestif; dans d'autres cas non moins rares, le bacille d'Eberth paraît envahir d'emblée le torrent cir-

culatoire ; il se retrouve alors dans le sang et provoque des formes frustes de fièvre typhoïde. Ce sont ces maladies que Bozzolo de Turin a très bien étudiées sous le nom de *septicémie typhoïde* et *fièvre typhoïde atypique* [1]. Elles ont aussi été décrites par Chantemesse, Vaillard en 1890, Vincent en 1891.

Pour ce qui est du choléra, l'importance des soins antiseptiques immédiats a été démontrée par Yvert, qui a obtenu au Tonkin des résultats thérapeutiques remarquables par l'usage du sublimé, résultats surtout importants quand la maladie était prise à sa période locale. C'est par cette formule très simple que nous croyons pouvoir traduire la pensée de l'auteur, longuement développée dans le mémoire qu'il a adressé à l'Académie [2]. Nous-même avons eu à nous féliciter, en 1884, d'avoir pu donner à nos malades des soins immédiats. C'est de la rapidité

[1] Bozzolo, *Congrès de Berlin*.
[2] Octobre 1888.

des secours que dépend en grande partie la gravité de l'atteinte. Quelques cuillerées d'eau chloroformée, administrée dès le début des accidents, nous ont semblé d'un effet très puissant.

Comme on le voit, toutes les affections ci-dessus mentionnées de notre troisième groupe sont justiciables au début du traitement local; puis quand la maladie est généralisée, il faut y adjoindre le traitement général, mais sans négliger de continuer le traitement local, *tant que dure la maladie*.

Ainsi dans la diphtérie et dans les angines, le traitement local doit être employé seul ou concurremment avec le traitement général, du premier au dernier jour de la maladie.

Dans l'érysipèle, nous nous trouvons fort bien de surveiller sans cesse la porte d'entrée; même dans l'érysipèle de la face, quand l'origine est nasale, nous ne négligeons jamais les irrigations nasales faites aussi longtemps que dure la maladie.

Dans les affections médico-chirurgicales, le principe est admis et appliqué par tous les chirurgiens.

Dans la fièvre typhoïde, tout le monde s'accorde aujourd'hui à faire de l'antisepsie intestinale tant que dure la maladie. Nos pères la faisaient en donnant des purgatifs, du calomel, des lavements ; nos maîtres aujourd'hui nous prescrivent du naphtol ou de la résorcine. Pour notre part, nous étudions depuis plusieurs années la limonade chlorhydrique. Les études de Straus ont démontré que c'était un puissant antiseptique; nous pouvons affirmer que, sous forme de limonade à 2 grammes par litre, les malades prennent sans répugnance de 4 à 6 grammes d'acide chlorhydrique en vingt-quatre heures. Mais nous ne pouvons pas encore nous prononcer sur la valeur thérapeutique.

Dans la dysenterie, le calomel fait merveille, aussi longtemps que dure l'affection.

Dans le choléra, il faut faire de l'antisepsie intestinale non seulement pendant la période locale de la maladie qui est d'ailleurs assez courte, mais pendant toute la durée de l'affection : nous ne savons pas encore le meilleur antiseptique à conseiller dans ce cas : nous savons que les purgatifs sont nuisibles, nous redouterions l'acide phénique ; nos préférences seraient pour l'eau chloroformée, bon antiseptique qui traverse l'économie sans risque d'accumulation.

CHAPITRE V

QUATRIÈME GROUPE. — Maladies contre lesquelles la thérapeutique locale n'est suffisante que pendant un délai très court.

Dans les maladies de notre quatrième groupe, le traitement local au contraire n'a d'efficacité réelle que pendant un court délai, et il doit céder le pas au traitement général : ces maladies sont le tétanos, la rage et la morve.

La rage et la morve ont une porte d'entrée accessible et peuvent être très efficacement traitées à leur période locale ; mais, une fois devenues maladies générales, elles n'ont plus rien à attendre du traitement local : il n'en est pas tout à fait ainsi du tétanos, qui est très longtemps justiciable du traitement local combiné au traitement général et qui, à ce titre,

établit une transition naturelle entre notre troisième et notre quatrième groupe.

Art. Ier. — Tétanos

Il est bien certain que c'est tout d'abord une maladie locale et que, si l'on pouvait soigner antiseptiquement la porte d'entrée et tuer sur place le bacille de Nicolaier, on empêcherait le tétanos de se produire. De là, par parenthèse, l'importance qu'il y a à bien nettoyer les plaies souillées par de la terre, la terre étant le véhicule habituel du bacille pathogène. Mais une fois la maladie déclarée, une fois le malade empoisonné par la toxine sécrétée par le bacille, faut-il abandonner le traitement local et se borner, comme on le faisait autrefois, à faire du traitement symptomatique, à donner du chloral ou de la morphine ? Ce serait faire là de la thérapeutique à courte

vue : non, le traitement local est extrêmement important dans la thérapeutique du tétanos, ainsi que le prouve d'ailleurs, entre plusieurs observations recueillies par nous, l'observation suivante, qu'a bien voulu nous confier M. le professeur Delorme, du Val-de-Grâce, dans le service duquel se trouvait le malade F***.

Le 6 janvier 1891, en sautant le mur de la caserne, il tombe sur la fesse droite d'une hauteur de 3 mètres environ sur un petit pieu qu'il affirme être en fer.

Il faisait nuit : le blessé ne ressentit qu'une légère douleur, et continua sa route ; au bout de deux heures, s'étant aperçu de sa blessure par le sang qui en coulait, il se décide à rentrer à la caserne, saute à nouveau le mur et se couche jusqu'au lendemain matin, perdant une notable quantité de sang.

Le 7, dans l'impossibilité de faire un mouvement, il est transporté à l'infirmerie où la plaie est sondée et pansée antiseptiquement.

Le 8, il est amené à l'hôpital d'Instruction du Val-de-Grâce ; M. le professeur Delorme constate vers le milieu de la fesse droite, à 4 centimètres au-dessus du pli fessier, une plaie profonde à bords contus violacés, de la dimension d'une pièce de deux francs environ. Le doigt introduit permet d'évaluer la profondeur à 4 centimètres environ. La plaie de bon aspect est considérée comme une plaie simple, qui, malgré son siège, n'a intéressé ni les gros vaisseaux fessiers ni le sciatique. Elle est donc pansée antiseptiquement et le pansement est renouvelé tous les trois jours.

La cicatrisation s'établit peu à peu de la profondeur vers la superficie sans que la suppuration ait cessé complètement.

Le 21 janvier, c'est-à-dire quinze jours après l'accident, F*** se plaint de douleurs très vives dans le membre blessé. Ce membre est examiné avec soin, et on constate que les douleurs sont surtout irradiées à la face pos-

térieure de la cuisse et de la jambe, sans avoir le siège précis des douleurs sciatiques. Le lendemain, il accuse une rachialgie intense, et une douleur à la pression à l'abdomen. Enfin des troubles de la miction (rétention), des spasmes légers dans le membre inférieur et une légère gêne dans les mouvements de mastication, font craindre quelque grave complication.

Le 24 janvier, le pansement est renouvelé. La température monte à 38° matin et soir. Le pouls est fréquent, à battements réguliers ; rien aux poumons.

Même état des mâchoires et mêmes douleurs que la veille.

Le 25 janvier, le malade se plaint de douleurs plus vives le long de la colonne vertébrale et dans la région lombaire.

La constriction des mâchoires a augmenté. La langue est sèche, mais l'appétit est conservé. L'abdomen tendu, non douloureux, — insomnie.

Le 26 janvier, au matin, les symptômes constatés ne se sont pas amendés. Le trismus augmente. Du côté de la jambe malade, il éprouve des douleurs extrêmement vives avec contractures musculaires et soubresauts.

Les yeux très enfoncés dans l'orbite ont peine à s'ouvrir; le malade accuse une sensation de plénitude et de tension. Ils sont atteints d'un peu de conjonctivite, qui donne naissance à un léger écoulement muco-purulent.

Les pupilles sont égales.

Pendant l'examen, le blessé restant exposé au froid, les symptômes observés augmentent. Il se produit des soubresauts fréquents dans le membre inférieur droit ; ses réflexes sont très exagérés, surtout au membre malade qui est le siège d'une trépidation épileptoïde marquée.

Tous ces symptômes : contracture du masséter, contractures et soubresauts du membre inférieur du côté malade auraient pu faire penser à une myélite ascendante par irrita-

tion du sciatique : mais ce diagnostic fut rejeté, et, vu l'absence de troubles respiratoires, on s'arrêta à l'idée d'un tétanos à forme chronique, et il fut décidé qu'on pratiquerait un large débridement dans la région afin d'explorer plus profondément la plaie et aussi de la soumettre dans ses moindres replis au contact direct des liquides antiseptiques.

Le doigt introduit conduit sur l'os iliaque dénudé au niveau de la partie la plus supérieure de la grande échancrure. Le sciatique n'est pas atteint; la pression sur le nerf n'est pas douloureuse.

Mais dans un trajet faisant un angle avec le premier, on sent un corps dur, allongé; on l'extrait. C'est un morceau de bois du volume d'un pouce environ, et ayant 6 centimètres de long, qui semblait avoir constitué l'extrémité inférieure d'un pieu ; il était irrégulier, noir, et pourri par places ; ses anfractuosités conte-

naient des parcelles de terre : le pus dans lequel il baignait est recueilli aseptiquement, ainsi que le morceau de bois. Des cultures et des inoculations sont entreprises par M. le professeur Laveran, dans son laboratoire du Val-de Grâce, et on acquit la certitude que le bois était tétanifère : un fragment inoculé sous la peau d'un lapin le rendit tétanique au troisième jour (tétanos aigu), et par les cultures on isola le bacille de Nicolaier avec sa forme caractéristique en épingle. Quant au malade, on le plaça immédiatement après l'opération dans un bain chaud à 37° et antiseptique, et on l'y laissa d'une façon presque permanente jour et nuit; chaque fois qu'on le retirait du bain, on lui faisait des injections tièdes, au sublimé : chloral, 6 grammes à l'intérieur. Après quelques heures de bain, les contractures et spasmes s'espacent et sont moins douloureux. Le soir, il présente un peu d'excitation, mais parvient à s'endormir d'un sommeil calme jusqu'à deux heures du

matin. A partir de ce moment, les spasmes reviennent de temps à autre, mais moins pénibles que précédemment.

Le 27 janvier, le malade est calme, il est encore secoué tous les quarts d'heures environ par le spasme classique de l'opisthotonos. La contracture des mâchoires a diminué. Le réflexe rotulien droit qui était exagéré paraît aboli. Le phénomène de la trépidation épileptoïde a cessé de se produire. La température est à 37°,4, mais le rire sardonique de la face est plus accusé que la veille, de même que le trismus, et on observe des soubresauts fréquents dans les muscles du dos accompagnés d'une douleur vive, s'irradiant dans l'aine du côté malade et en ceinture. Le traitement institué est continué (bains tièdes prolongés et 12 grammes de chloral).

Le 28 janvier, le blessé a dormi toute la nuit. Le matin, il est encore somnolent, les yeux gonflés. Il parle néanmoins avec anima-

tion lorsqu'on l'interroge et n'accuse plus aucune douleur dans les reins. L'état général est meilleur, l'appétit commence à renaître. La contracture des mâchoires a légèrement diminué. Le rictus persiste (12 grammes de chloral).

Le 29 janvier, l'état général reste le même. La température oscille entre 37°,5 et 38°,5. Quelques douleurs assez violentes dans la matinée, le long de la colonne vertébrale, s'irradiant en ceinture et correspondant à la fesse du côté malade. Soubresauts des membres inférieurs. Un peu de douleur dans la région inguinale des deux côtés.

Le 30 janvier, même état général, amélioration légère des symptômes faciaux. Les dents se desserrent plus facilement. Plus de contractures dans les membres inférieurs. Les douleurs du rachis se sont amendées. Le faciès est libre, moins contracté, le blessé parle facilement, avec volubilité. Il est un peu excité. L'appétit

est conservé, mais les liquides seuls continuent à pouvoir être absorbés (6 grammes de chloral).

Du 31 janvier au 6 février, amélioration très lentement progressive avec réapparition à heures irrégulières des phénomènes tétaniques.

Le 7 février, état général assez bon. Un peu d'excitation nocturne. Le blessé demande de la morphine pour la nuit. La contracture des masséters diminue légèrement. Il s'alimente assez bien, néanmoins il s'amaigrit sensiblement. La plaie bourgeonne bien et la cicatrisation s'opère sans grande suppuration malgré l'impossibilité d'appliquer un pansement complet.

Le 9 février, même état général. La contracture des masséters diminue peu à peu. Les mâchoires s'écartent de deux travers de doigt environ. La constipation continue et cède toujours aux lavements. La nuit, le blessé est agité et, bien que ne souffrant plus, il a grand'peine à dormir.

Le 11 *février*, il dort facilement la nuit sous l'influence de 1 centigramme de morphine. Le traitement est continué. Bain prolongé et chloral.

Le 13 *février*, le blessé est dans un état de subdélirium assez prononcé. Il cherche à se lever sous des prétextes bizarres. La nuit, il est descendu de son lit sous l'influence de ces conceptions délirantes.

Son haleine est fétide. La constipation persiste. L'amaigrissement s'accuse de plus en plus.

Le 17 *février*, l'état général s'est amendé. Le sommeil est plus calme. Le malade n'accuse plus que de rares douleurs peu intenses au niveau du membre inférieur gauche et du rachis.

Le traitement par le bain et le chloral est continué.

Le 23 *février*, même état général, la nuit est agitée. Il se lève et veut sortir de la salle,

il se dispute avec l'infirmier chargé de le garder. L'état local est satisfaisant. La plaie est à peu près fermée dans la profondeur. La surface est bourgeonnante, satisfaisante d'aspect.

Toujours même traitement.

Le 25 février, vers minuit, le blessé a été réveillé par des élancements douloureux survenant exclusivement dans le membre inférieur droit (côté malade). Il est très agité et au matin se plaint que les douleurs reviennent à intervalles rapprochés. Le membre est en flexion avec un peu de rotation en dedans. La contracture tonique cède facilement aux tractions sur l'extrémité du membre.

Le 3 mars, le malade ne se plaint d'aucune douleur. L'appétit est bon. Pas de constipation. Pas de contractures, pas de soubresauts. La plaie est cicatrisée. On continue néanmoins le traitement par les bains et le chloral.

Le 4 mars, le malade a ressenti au milieu de

la nuit, des douleurs assez violentes dans le membre inférieur droit ; elles ont duré environ un quart d'heure.

L'état général s'améliore.

Le 9 *mars*, le malade a été agité dans la nuit et a fait appeler le médecin de garde, qui a prescrit une augmentation de 3 grammes de chloral en surplus de la potion de 6 grammes qui est toujours continuée. Le malade continue à prendre des bains, mais de deux heures par jour seulement.

Le 13 *mars*, la potion de chloral et les bains sont supprimés. Le malade n'a plus d'agitation ni de douleurs.

Le 24 *mars*, il sort entièrement guéri.

Cette observation de tétanos chronique survenu quinze jours après une inoculation d'un morceau de bois reconnu tétanifère est intéressante à plusieurs titres, mais surtout au point de vue thérapeutique : le chloral avait déjà fait ses preuves dans le traitement du

tétanos, mais nous ne connaissons pas de cas où les bains tièdes aient été employés d'une façon aussi méthodique et aussi prolongée, nul doute qu'ils n'aient été fort utiles. Ont-ils agi comme sédatifs du système nerveux central, ou bien en débarrassant localement la porte d'entrée, et cela, d'une façon continue, des toxines que sécrètent d'une façon non moins continue les bacilles de Nicolaïer ?

C'est à cette deuxième interprétation que nous serions, pour notre part, disposé à nous rattacher. Elle justifierait notre idée sur l'importance du traitement local.

Est-ce à dire que le traitement général antiseptique n'ait pas à être conseillé parallèlement au traitement local ? Loin de nous cette idée ; nous ne voyons pas, à vrai dire, comment il agit, car, d'une part, le bacille de Nicolaïer ne pouvant pas vivre dans le sang, puisqu'il est anaérobie, ne peut pas être atteint dans le sang par les antiseptiques confiés à la

grande circulation. D'autre part, dans les laboratoires, les plus puissants antiseptiques n'atteignent pas le bacille du tétanos. Tout cela n'empêche pas la thérapeutique antiseptique générale d'avoir à son actif des cas indiscutables de guérison du tétanos. Baccelli a publié en 1888 un premier fait, bien éloquent à cet égard. Il s'agissait d'un tétanique arraché à une mort certaine par de fréquentes et copieuses injections sous-cutanées d'acide phénique. La dose a été de 1 centigramme de substance active, toutes les heures, pendant plusieurs jours. Deux années plus tard, il appliquait le même traitement avec succès à un nouveau tétanique.

A la même époque, le Dr Paolini relatait un troisième cas de guérison. Le sublimé était aussi employé avec succès par les médecins italiens contre le tétanos (Baculo, Bartholomeo de Naples[1]), etc. Le chloral si justement recom-

[1] *Gaz. degli ospidali*, nos 29, 30 et 31 anno 1890.

mandé n'agit-il pas aussi en sa qualité d'antiseptique?

Art. II. — Rage

Contre la rage, le traitement local n'est applicable qu'au début, et on ne connaît pas encore l'antiseptique qui, introduit dans la circulation, pourrait aller tuer sur place, c'est-à-dire dans les centres nerveux, le microbe pathogène. Fort heureusement, la méthode de Pasteur donne d'assez bons résultats pour que la recherche de cet antiseptique ne s'impose pas d'une façon urgente.

Art. III. — Morve

Quoi de plus local au début que l'ulcère morveux? Nul doute que le microbe générateur ne soit alors accessible à une foule d'an-

tiseptiques et qu'on ne puisse peut-être l'enlever par un simple lavage agissant mécaniquement. Malheureusement, il passe trop souvent inaperçu. C'est sa bénignité apparente qui fait le danger de la morve. Ou bien le médecin, soit par ignorance, soit par incurie, soit par timidité, hésite à aller la trouver à son point de départ, et alors la maladie se généralise vite et entraîne la mort rapide (*morve aiguë*). D'autres fois, quand le microbe est moins virulent ou quand le sujet est plus résistant, elle se généralise sans amener la mort immédiate, mais elle crée des foyers secondaires (*abcès morveux*), qui finissent par amener la mort tardive (*farcin chronique*).

De même que, faute de recherches, on ne connaît pas d'antiseptique applicable à la morve locale, de même on ignore celui ou ceux qui seraient capables d'aller tuer dans le sang et dans les lymphatiques le microbe de la morve

généralisée et on n'est pas mieux renseigné sur celui ou ceux qui atteindraient le microbe dans les foyers secondaires. Il y a là un problème qui ne doit pas être extrêmement difficile à résoudre; pour l'aborder, il serait sage de rechercher tout d'abord l'antiseptique qui guérit la morve locale. Sera-ce le naphtol, le camphre, la créosote, l'iodoforme, l'acide phénique? Une fois qu'on l'aura trouvé, non pas par des expériences *in vitro*, mais par des expériences sur des chevaux ou des ânes, on connaîtra du même coup le spécifique de la morve généralisée et des abcès morveux secondaires contre lesquels l'intervention chirurgicale ordinaire s'est montrée jusqu'à ce jour d'une regrettable impuissance.

Mais, dira-t-on, la morve est quelquefois infectieuse d'emblée; à preuve, ces malheureux savants, qui, dans les laboratoires de bactériologie, prennent la morve en manipulant des cultures. Mais ces terribles accidents ne sont-

ils pas, au contraire, de nature à donner raison à notre manière de voir, car, enfin, comment débutent les accidents chez ces victimes de la science ? N'est-ce pas toujours par une pneumonie ? Ils ont pris la morve pulmonaire ; sa porte d'entrée a été la muqueuse bronchique, mais, vu la structure de cette muqueuse, la maladie s'est immédiatement généralisée.

Toutes ces propositions sont de point en point applicables à la tuberculose, qui est la maladie de beaucoup la plus importante de notre cinquième groupe.

CHAPITRE VI

Cinquième groupe. — **Maladies dont la porte d'entrée est parfois, mais exceptionnellement, accessible** (*tuberculose et cancer*).

La tuberculose a parfois une porte d'entrée accessible, souvent une porte d'entrée connue mais inaccessible, et plus souvent enfin une porte d'entrée inconnue. Étudions la maladie dans ces divers cas, justiciables d'une thérapeutique différente.

Art. Ier. — Tuberculose ayant une porte d'entrée accessible

La tuberculose a parfois une porte d'entrée accessible. Telles sont les tuberculoses cutanées primitives (la tuberculose anatomique et

le lupus); telle est encore la tuberculose primitive de la langue, du larynx.

A ces affections, c'est le traitement local qu'il est le plus rationnel d'opposer.

§ 1er. — *Tuberculose anatomique*

La tuberculose anatomique constitue la tuberculose locale par excellence et est justiciable du traitement exclusivement local. Par une singulière coïncidence, on avait décoré du nom de *tubercules* ces petites excroissances qui viennent sur les mains des hommes faisant beaucoup d'autopsies, sans se douter qu'elles étaient dues au bacille de Koch, et que c'étaient des *tubercules* dans le sens médical du mot.

Ces *tuberculoses cutanées* guérissent parfois spontanément; nous en avons eu une preuve personnelle. C'est dire combien le microbe qui en provoque l'apparition est peu vivace et a peu

de tendance à la généralisation. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels que la généralisation s'effectue [1]. Aussi les agents de la thérapeutique locale sont-ils tout-puissants dans ce cas. Le râclage a longtemps été employé par MM. Vidal et Besnier, mais c'est un moyen à ne pas conseiller, car le râclage entraîne l'ouverture des vaisseaux sanguins et lymphatiques, laquelle pourrait servir de porte d'entrée dans la grande circulation à des colonies microbiennes qui n'avaient préalablement aucune tendance envahissante. Nul doute que le traitement par acide phénique en cristaux, par acide chromique, par la cautérisation ponctuée à l'électro-cautère ne soit d'une application plus prudente et tout aussi efficace.

§ 2. — *Lupus*

Le lupus est aussi une tuberculose essentiellement locale, à preuve : la survie indéfinie

[1] Broca, *Gazette hebdomadaire*, septembre 1889.

des lupiques, la façon remarquable dont la plupart ont résisté aux expériences avec la tuberculine.

Chez eux, le bacille de Koch a aussi un degré de virulence très atténué et peu de tendance à la migration, mais il est placé profondément dans le derme; bien plus, il s'y cache longtemps sans manifester sa présence; la lésion est toujours plus étendue que ne le ferait croire l'examen du malade. Nous en avons eu la preuve chez les lupiques traités par la tuberculine. Cet agent révélateur faisait naître des poussées dans le voisinage des parties notoirement atteintes; ce n'est pas en favorisant la migration de proche en proche des bacilles, car les poussées survenaient en quelques jours; c'est très probablement en éveillant des foyers torpides dans lesquels le bacille était tapi. Tout en étant locales, les lésions lupiques sont donc toujours plus étendues qu'on ne le croirait; mais la maladie

n'est pas pour cela une maladie générale, elle ne le devient que dans certains cas exceptionnels, tel que celui publié par M. Leloir[1], et elle est essentiellement justiciable du traitement local. Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que ce traitement local est extrêmement difficile à instituer d'une manière suffisante, étant donnés précisément les repaires dans lesquels se cache sournoisement l'ennemi, et l'incertitude des limites exactes de la lésion anatomique. De là, les repousses incessantes qui font de cette maladie l'opprobre de la thérapeutique. M. Déclat affirme avoir guéri par l'acide phénique pur en cristaux plusieurs lupiques, considérés comme désespérés. Ces cristaux doivent être appliqués avec une petite pince sur chaque petit point saillant : l'acide phénique entre en fusion immédiate et provoque une escharre de un demi-millimètre de profondeur, qui tombe, entraînant avec elle les bacilles générateurs et

[1] Leloir, *Gazette hebdomadaire*, août 1891.

laisse une cicatrice punctiforme imperceptible. Cette application n'est, paraît-il, aucunement douloureuse, et, en la renouvelant autant de fois qu'il est nécessaire, on arrive, dit l'auteur, à des guérisons définitives.

Bien que nous n'ayons pas vu de malades ainsi traités, nous considérons ce résultat comme très admissible, et cette thérapeutique comme très rationnelle. Seulement nous croyons logique de soumettre le malade, à la fin du traitement, à une injection de tuberculine, qui révèlerait les lésions cachées et permettrait ensuite de les atteindre.

Quant à la pratique du râclage et des scarifications linéaires, elle est depuis longtemps abandonnée, parce que :

1° On ouvre ainsi des portes d'entrée à la grande circulation. C'est ainsi que M. Besnier a vu mourir de tuberculose aiguë ou rapide plusieurs lupiques traités par des scarifications, tous malades dont la tuberculose paraissait être locale avant le traitement ;

2° Le râclage et les scarifications sont extrêmement pénibles pour le malade.

Nous les avons vu remplacer avec avantage par des cautérisations ponctuées à l'électro-cautère. Ces cautérisations doivent être superficielles, elles ne laissent point de cicatrices, mais exigent, de la part de l'opérateur, une patience extrême. On peut aussi les remplacer par des cautérisations faites avec une sorte de grille en fil de platine, mais l'application en est douloureuse. Nul doute qu'en multipliant suffisamment les séances, en attaquant les repousses au fur et à mesure de leur production et en décelant par la tuberculine les points envahis qui auraient pu passer inaperçus, on n'arrive à guérir les lupiques quand la lésion n'est pas trop étendue en profondeur.

Les autres tuberculoses cutanées décrites par MM. Vallas, Raymond, Hanot, et bien étudiées par Cronier[1] sous le nom d'*ulcérations tuber-*

[1] Cronier *Thèse,* 1889.

culeuses, ne sont plus des tuberculoses locales primitives et ne se rencontrent que chez les phtisiques avérés.

§ 3. — *Tuberculose linguale primitive*

La tuberculose linguale primitive est rare, nous en avons cependant observé cinq cas. Elle se traduit par de petites plaques avec un pointillé jaunâtre (*points jaunes* de Trélat); nous en avons vu guérir un cas, dans le service de M. Besnier, par l'application locale d'iodoforme.

Disons à ce sujet que tout le monde ne sait pas encore manier l'iodoforme. M. Besnier, qui est un des premiers à l'avoir introduit dans la thérapeutique, insiste, à juste titre, sur la nécessité de le réduire en poudre impalpable; mieux vaudrait encore le précipiter d'une solution d'éther, en faisant évaporer le véhicule. Les expériences de M. le professeur Verneuil

ont prouvé que l'iodoforme, quand il est en contact *immédiat* avec le bacille de Koch, le détruit facilement. La grosse difficulté est donc de faire tenir l'iodoforme sur la langue ; on peut y arriver en recouvrant la région saupoudrée avec une couche soit de collodion, soit de gutta-percha dissoute dans du chloroforme et en renouvelant le pansement tous les deux jours.

Nous préférerions cette méthode à l'ignipuncture :

1° Parce qu'elle est moins douloureuse ;

2° Parce que la langue nous semble être un organe auquel il faut toucher le moins possible, dans la crainte d'un épithélioma ultérieur.

§ 4. — *Tuberculose primitive du larynx*

La tuberculose primitive du larynx doit être soignée avec une énergie toute spéciale; on l'observe rarement isolée ; elle devient rapide-

ment pulmonaire, parce que les bacilles entraînés à tout instant avec l'air inspiré s'ensemencent dans les deux poumons, occasionnant des pneumonies tuberculeuses, doubles d'emblée et à marche ordinairement rapide.

Nous avons souvenance, à ce propos, d'un officier de sapeurs-pompiers extrêmement vigoureux, véritable athlète, n'ayant jamais été malade, et qui fut pris, à un moment donné, d'une laryngite peu inquiétante tout d'abord. Au bout d'un mois, cette laryngite gênant le malade pour les commandements militaires, nous l'adressâmes à M. le Dr Poyet, qui, bien que ne constatant que de la rougeur des cordes vocales, fit cependant l'examen des quelques crachats blanchâtres rendus par le malade à la suite de quintes de toux d'origine laryngée. Or ces crachats contenaient quelques bacilles de Koch, et M. Poyet put nous annoncer que ce malade deviendrait phtisique à bref délai. En effet, trois mois après, il succombait à une

tuberculose pulmonaire diffuse, ayant eu une évolution régulièrement progressive. Aussi ne saurions-nous trop appeler l'attention sur la nécessité de traiter activement ces tuberculoses laryngées primitives.

Les attouchements à l'acide lactique sont ce que nous connaissons de meilleur en pareille occurrence. Peut-être les inhalations d'acide fluorhydrique seraient-elles également recommandables ; de même, la respiration d'un air créosoté ou phéniqué, ou encore les inhalations d'air ozonisé.

Pour mêler à l'air des vapeurs créosotées, ou phéniquées, ou térébenthinées, ou des vapeurs de thymol, d'eucalyptus, etc., il existe une foule d'appareils qui portent des noms divers et plus ou moins pompeux, mais dont le principe est de présenter de larges surfaces d'évaporation sous un petit volume. Avec certains appareils qui n'ont que le tort de pas être à la portée de tous les malades, on peut donner de

l'air créosoté ou balsamique sous pression (méthode de Tapret, G. Sée). Nul doute que ce ne soit là un procédé excellent, surtout quand il ne faut donner que des doses minimes de créosote, et que ce procédé ne soit spécialement applicable aux tuberculoses du larynx si dangereuses et si difficiles à traiter.

Quand il ne s'agit que de donner à respirer au malade que de l'air balsamique sans pression, on a le choix entre divers appareils. Un des plus élégants et des plus simples est l'*ozonateur Thomas*, composé d'une large mèche à grandes mailles plongeant dans le liquide qu'il s'agit d'évaporer ; le liquide pénètre par capillarité dans la mèche et s'évapore rapidement, sans qu'on ait besoin cependant de le renouveler plus d'une fois par semaine. Ces appareils peuvent être très simplement remplacés par l'un des deux procédés suivants :

1° Badigeonner, soit de goudron, soit de créosote, un large panneau mobile ; ce n'est

peut-être pas très élégant, mais c'est très efficace ;

2° Faire tout simplement évaporer, dans une soucoupe placée au-dessus d'une veilleuse, le liquide dont il s'agit de mélanger les vapeurs à l'air.

L'inhalateur imaginé par M. Constantin Paul est également très recommandable : il consiste dans une bouteille ordinaire obturée par un bouchon percé de deux trous : par l'un passe un tube qui va plonger jusqu'à 4 centimètres du fond de la bouteille ; par l'autre, un tube coudé ne plongeant pas et relié à un caoutchouc terminé par un bec de biberon ; par ce biberon le malade fait des inspirations, l'air est forcé de barboter dans le liquide qui remplit le quart inférieur de la bouteille. Ce liquide peut être un antiseptique quelconque. M. C. Paul emploie l'eau créosotée alcoolisée ; nous employons l'eau créosotée simple. Dans le fond de la bouteille nous faisons

mettre 5 grammes de créosote et par dessus 200 grammes d'eau, l'eau dissout assez de créosote pour que l'air qui a barboté dans l'eau soit très chargé de vapeurs créosotées. L'air qui barboterait dans de la créosote pure serait beaucoup trop irritant pour un larynx malade.

Pour produire l'air ozonisé, il existe plusieurs appareils dont le plus recommandable nous paraît être celui de MM. Oudin et Labbé, présenté au Congrès de la tuberculose de 1891.

Art. II. — Tuberculose ayant une porte d'entrée connue, mais inaccessible

Étudions maintenant les tuberculoses ayant fait un premier pas dans le sens de la généralisation : telles sont les *tuberculoses ganglionnaires* et les *lymphangites tuberculeuses.*

§ 1er. — *Lymphangite tuberculeuse*

Les lymphangites tuberculeuses sont assez rares. Le premier cas cité appartient à Bazin qui, en 1870, a fait mouler et déposer au musée de l'hôpital Saint-Louis un exemple de lymphangite tuberculeuse.

En 1885, Merklen a publié le second cas, connu sous le nom de *lymphangite tuberculo-gommeuse*.

En 1887, nous avons vu, dans le service de M. le professeur Fournier, un malade atteint de lupus de la main avec adénites et des séries de nodosités disposées sur le trajet des lymphatiques, qui n'étaient autres que des gommes tuberculeuses; l'autopsie de cobayes inoculés le démontra par la suite. Dans ce cas, la lésion avait envahi les ganglions axillaires, en suivant incontestablement le trajet des lymphatiques. On pouvait en trouver la trace sur quelques lymphatiques enflammés.

§ 2. — *Tuberculose ganglionnaire*

Mais il peut arriver que les lymphatiques vecteurs ne soient pas malades, en apparence : on a ainsi des séries de gommes tuberculeuses qui ne paraissent reliées par aucun lien commun, et qui cependant, en bonne logique, sont dues au processus ci-dessus énoncé. Il peut même arriver que la porte d'entrée soit cicatrisée et invisible et que le bacille, après avoir parcouru sans y stationner une certaine portion du couloir vasculaire lymphatique, se fixe dans telle ou telle partie du réseau, dans tels ou tels ganglions, de façon à constituer des chaînes ganglionnaires. Telles sont celles que l'on observe si souvent au cou ; les ganglions sont reliés entre eux par des lymphatiques non obturés.

Quelquefois la chaîne s'étend profondément jusque dans les ganglions bronchiques ou

axillaires sans qu'on puisse retrouver la porte d'entrée ; ici, on est encore dans le domaine des tuberculoses primitives. Nous pensons que la porte d'entrée doit être très souvent une dent cariée; nous avons en effet cru remarquer que les malades porteurs d'adénites du cou avaient des dents cariées au voisinage des ganglions intéressés d'abord. D'ailleurs, tout le monde sait que les ganglions se prennent dans la région cervicale de haut en bas.

Cette origine buccale de la tuberculose indique la nécessité de surveiller de très près la bouche, qui peut être la porte d'entrée d'une foule d'autres ennemis.

La perméabilité des voies lymphatiques entre les ganglions malades peut être utilisée dans un but thérapeutique. Soit, par exemple, une série de ganglions bronchiques, provoquant la suffocation, la paralysie d'une corde vocale ; le plus souvent, ces ganglions inaccessibles à toute intervention chirurgicale cons-

tituent l'extrémité d'une chaîne ganglionnaire qu'on peut suivre sur les parois du cou. N'est-il pas rationnel de chercher à atteindre les ganglions bronchiques en faisant pénétrer un agent curateur dans les ganglions cervicaux. C'est précisément ce qu'a fait M. Félizet, en 1887, chez un enfant atteint de ganglions du cou et d'adénopathie bronchique qui mettaient sa vie en danger. Une injection de teinture d'iode fut faite dans le ganglion cervical le plus élevé : elle provoqua immédiatement des accès de suffocation très intenses et du gonflement des ganglions sus-claviculaires; autrement dit, les ganglions situés en aval ont évidemment été impressionnés.

Mais ces poussées congestives provoquées étaient curatrices, car, à partir de la troisième injection faite toujours dans le ganglion supérieur, il y eut un amendement considérable de la dyspnée et de la raucité de la voix indiquant un retrait des ganglions trachéo-bronchiques,

retrait dénoncé également par l'examen stéthoscopique.

Un autre enfant, traité également par M. Félizet, présentait une volumineuse adénite cervicale gauche ; elle subit tous les six jours une injection d'iode dans le ganglion cervical le plus élevé, et, comme dans le cas précédent, les ganglions en aval devinrent douloureux ; mais, au bout de huit mois, l'enfant était guéri.

Ces observations, que nous trouvons relatées dans un récent travail de M. Morel Lavallée [1], nous semblent extrêmement intéressantes, parce qu'elles dénoncent un des modes d'envahissement du bacille tuberculeux et un des moyens logiques de le poursuivre dans cette première étape. Mais il en existe d'autres : c'est dans ces cas que l'intervention chirurgicale semblerait absolument légitime, si elle était possible. L'ennemi a pénétré par

[1] Morel Lavallée, *Variétés clin. et étiol. des lymphangites* (*Union médicale*, 1er octobre 1891).

une fissure de la muqueuse buccale ou nasale ou par le collet d'une dent cariée ; il a envahi successivement un certain nombre de ganglions en procédant de haut en bas, en suivant les canaux lymphatiques restés béants ; en d'autres termes, il est dans la place, mais n'est pas encore dans une position avancée ; y a-t-il rien de plus logique que d'aller l'y saisir ? Oui, mais encore faut-il que les ganglions ne soient ni trop nombreux ni trop profonds, car, si l'on n'enlève que les neuf dixièmes, le dixième qui reste est tout aussi dangereux, au point de vue de la généralisation ultérieure. Avant donc de prendre le bistouri, le chirurgien devra faire un diagnostic anatomique des plus précis et, dans l'immense majorité des cas, pour peu qu'il réfléchisse, il comprendra qu'il ne connaît pas assez les limites de la lésion pour risquer une intervention qui n'a de raison d'être que si elle est radicale et qui, dans certains cas, peut provoquer la généralisation de la maladie.

§ 3. — *Tuberculose de l'intestin*

Il est encore d'autres tuberculoses primitivement locales contre lesquelles l'intervention locale serait rationnelle. Nous voulons parler de la tuberculose de l'intestin. Un enfant boit du lait tuberculeux ; le bacille, après avoir résisté au suc gastrique, trouve dans l'intestin un terrain favorable, s'y implante, y pullule ; c'est là une tuberculose primitive, qui pourrait être enrayée par un traitement local de l'intestin. L'installation du bacille ne se fait pas en effet sans que l'enfant ait un peu de diarrhée, et nul doute qu'un médecin instruit ne puisse, en employant en temps utile les potions à l'acide lactique, gêner assez le bacille de Koch pour le déloger ; mais supposons-le installé dans l'intestin, on conçoit qu'il puisse émigrer dans le foie, dans les ganglions du mésentère, dans les vaisseaux lymphatiques

du péritoine. Dans le foie, il trouve sans doute une mort rapide. Dans les ganglions du mésentère, il se cantonne ; dans le péritoine, il pullule et occasionne la péritonite tuberculeuse : c'est encore là une manifestation locale justiciable du traitement local, quand ce dernier peut être suffisamment énergique. Or, nul doute que, dans ces cas, la laparotomie ne donne les plus brillants résultats.

§ 4. — *Péritonite tuberculeuse*

M. Kœnig (de Gottingue) a établi une statistique de 131 cas, où on a opéré pour péritonite tuberculeuse, et il y compte 84 guérisons, soit 65 0/0, en n'appelant guérisons que les résultats qui se sont maintenus sans récidives pendant deux ans au moins ; or bon nombre de ses observations datent de sept, huit, dix et même vingt-cinq ans (cas de Spencer-Wells).

Kœnig a traité personnellement 14 cas de péritonite. Son traitement consiste dans une laparotomie suivie d'un lavage aussi complet que possible du péritoine avec de l'eau bouillie. sept de ses malades sont en bonne santé actuellement. M. Richelot a aussi signalé de nombreux résultats favorables[1]. Nous-même avons eu dans notre service un malade opéré par M. Vautrain, du Val-de-Grâce, pour une péritonite tuberculeuse nettement localisée et qui a parfaitement guéri.

Son observation a été relatée *in extenso* par notre regretté collègue, le Dr Duponchel [2].

Tous ces résultats sont des plus encourageants ; on comprend difficilement que le seul fait d'exposer momentanément à l'air un péritoine tuberculeux, que le seul fait d'introduire dans une ascite un trocart (Debove), ou une injection antiseptique légère puisse modifier

[1] Richelot, *Union médicale*, 1891.
[2] Duponchel, *Gazette hebdomadaire*, 1889.

assez profondément la vitalité des bacilles de Koch pour procurer une guérison définitive de ces tuberculoses locales. Mais tous ces surprenants résultats n'indiquent qu'une chose, d'ailleurs fort rassurante : c'est que le bacille de Koch n'est pas aussi résistant qu'on le croyait jusqu'à ce jour.

§ 5. — *Tuberculose des organes génito-urinaires*

La tuberculose des organes génito-urinaires nous semble être aussi, le plus souvent, une tuberculose locale primitive.

Le microbe, à la suite d'un coït infectant, pénètre sans doute par le canal de l'urèthre, occasionnant ou non une légère blennorrhée, puis gagne les épididymes, les vésicules séminales et la prostate. La lésion reste souvent limitée à ces séries d'organes, sans atteindre la vessie, mais, si limitée qu'elle soit, elle est peu justiciable du traitement local, parce qu'on

ne sait jamais exactement où s'arrête la lésion : n'envahit-elle que l'épididyme ? la prostate est-elle déjà intéressée ? Nul ne peut le savoir ; c'est ce qui limite si considérablement le champ de l'intervention chirurgicale.

Le traitement général peut seul avoir une utilité incontestable : nous avons vu un malade semblable, inopérable à cause de la lésion avancée des vésicules, guérir au bout de six mois par l'usage du tannin à haute dose (4 grammes par jour). Chez d'autres malades, le traitement créosoté a fait merveille, surtout quand la tuberculose génitale revêtait la forme aiguë (fièvre testiculaire de Morton).

Art. III. — Tuberculose dont la porte d'entrée est inconnue

§ 1er. — *Tuberculose pulmonaire*

Supposons qu'un bacille de Koch, provenant d'une poussière, soit venu se loger dans

une alvéole pulmonaire et que, trouvant le terrain à sa convenance, il ait pu vivre et pulluler ; nous aurons affaire à une tuberculose pulmonaire locale, mais elle est inaccessible ; et, si locale qu'on veuille bien l'admettre, elle n'est justiciable que du traitement général. C'est en vain qu'on cherchera à l'atteindre avec des fumigations, des pulvérisations. Le microbe, enkysté dans les parois de l'alvéole pulmonaire, n'est pas impressionné par ces agents venus du dehors. On peut dire qu'ils n'arrivent jamais directement à leur adresse ; s'ils y arrivent, c'est par une voie détournée ; ils rentrent alors dans les agents de la médication générale.

Le nid de microbes, enchâtonné dans une vésicule pulmonaire, ne tarde pas à se répandre et à faire invasion dans le voisinage, soit par la voie lymphatique, soit tout à fait mécaniquement : chaque inspiration entraînant un peu plus bas des bacilles qui sont devenus

libres à une certaine période de l'évolution pulmonaire locale, il en résulte un ensemencement de proche en proche et, si le terrain est favorable, le foyer s'agrandit sans que rien puisse le limiter.

I. *Traitement local.* — Est-il raisonnable de chercher à atteindre ces foyers par une thérapeutique locale ? Il faudrait pour cela connaître exactement le siège et les limites de la lésion. Or c'est tout à fait impossible, étant donné que la lésion ne se dénonce à notre examen que lorsqu'elle est déjà très avancée et qu'autour de la lésion perceptible il existe toute une zone envahie par le bacille et dont nous ne pouvons pas connaître l'étendue. Aussi protestons-nous contre toutes les tentatives pseudo-chirurgicales qui consistent à injecter en plein poumon, à l'aveugle, une ou plusieurs seringues d'un liquide médicamenteux quelconque. Ces tentatives ont été faites

par des médecins plutôt que par des chirurgiens. En cas pareil, les chirurgiens doivent se constituer les avocats des malades et protester contre la téméraire audace des médecins : ceux-ci, à leur tour, ont le devoir de modérer le zèle des chirurgiens qui veulent inciser des sommets de poumons.

Plus tard, quand les lésions sont devenues très étendues, la tuberculose a de plus en plus de tendance à se généraliser à tout l'organisme. Le bacille sécrète un poison (tuberculine) qui pénètre partout, provoque la fièvre, l'anémie, la consomption. Le malade se dessèche, devient phtisique (du grec *phthuo*, je dessèche).

D'autre part, le bacille s'ensemence sur le larynx (tuberculose laryngée secondaire), est avalé avec les crachats, et va créer des colonies dans l'intestin (tuberculoses intestinales secondaires) ; il suit la voie lymphatique et va infecter les ganglions du médiastin ; on com-

prend que la thérapeutique locale n'a plus aucune espèce de raison d'être, et que la seule ressource soit le traitement général.

Notons encore que des ennemis de la deuxième heure se mettent de la partie et que, dans les brèches ouvertes par les bacilles de Koch, une foule de microcoques viennent élire domicile (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques).

Bref, le traitement local contre la tuberculose pulmonaire nous semble peu rationnel ; car, de deux choses, l'une : ou bien la maladie s'étend, si le microbe se trouve sur un terrain qui lui plaît ; ou bien la maladie se localise, si la résistance du terrain est suffisante ; on voit alors le foyer tuberculeux s'enkyster, s'entourer d'une zone de sclérose protectrice, d'une sorte de barrière de défense.

II. *Traitement général.* — Dans l'un et l'autre cas, la médication générale, destinée à

augmenter la résistance du terrain, nous semble être la seule raisonnable. Nous l'étudierons ultérieurement.

§ 2. — *Tuberculoses généralisées*

Dans certains cas, le bacille de Koch, au lieu de se cantonner ou de ne s'étendre que dans un voisinage discret par la voie lymphatique, envahit tout l'organisme. La maladie devient alors *totius substantiæ* et n'est évidemment plus justiciable que d'un traitement général.

I. *Forme aiguë, granulie, phtisie galopante et tuberculose méningée.* — Si les colonies bacillaires sont versées en grande abondance dans le torrent sanguin, et surtout si leur virulence est considérable, on assistera à l'invasion de la granulie.

Tous les organes seront alors envahis ; la

maladie revêtira l'aspect d'une fièvre typhoïde et le malade succombera dans un délai de dix à cinquante jours. On trouvera dans tous ses organes des granulations à peine visibles à l'œil nu. Nous en avons vu jusque dans les fibres musculaires du cœur, chez une jeune femme, qui, dix jours avant, était en parfaite santé.

Si l'on examine sur des coupes la répartition des granulations, on voit qu'elle correspond à celle des vaisseaux sanguins, ce qui prouve bien l'origine vasculaire, le transport par les vaisseaux des agents provocateurs des granulations ; mais, dans certaines formes suraiguës, les granulations n'ont quelquefois pas le temps de se faire, et le microbe de Koch échapperait à l'investigation si l'on n'avait le soin de le rechercher dans les follicules tuberculeux.

Le follicule tuberculeux, visible au microscope seul, n'est lui-même qu'une sorte de nid,

qui ne se fait pas du jour au lendemain, de telle façon qu'il peut y avoir des bacilles inondant l'organisme, sans qu'on puisse se douter de leur présence à un examen superficiel.

Une autre forme de tuberculose suraiguë est la forme à localisation spécialement pulmonaire ; elle ressemble, à s'y méprendre, à la grippe infectieuse. Une autre forme est la forme à localisation spécialement méningée ; nul doute que toutes les méningites tuberculeuses aiguës n'aient pour origine la pénétration *dans le sang* de colonies de bacilles de Koch. Nous ne croyons pas à la méningite primitive et, pour dire combien est forte notre conviction à ce sujet, rappelons l'observation suivante :

Un homme meurt de méningite, après dix jours de maladie, dans le service de M. le Dr Sorel, à l'hôpital militaire Saint-Martin. Nous trouvons, à peine visibles à l'œil nu, des tubercules sur la pie-mère ; rien d'appréciable au poumon, mais, en coupant l'un

après l'autre tous les ganglions bronchiques, nous finîmes à la seizième coupe par en trouver un entièrement rempli de matière caséeuse, fluide et réduit à l'état de simple coque. C'était de là évidemment que partait l'invasion bacillaire ; une étude moins attentive nous eût fait passer à côté de la vérité.

Telle est aussi l'opinion de Reinhald[1] qui dit qu'il faut toujours chercher dans le thorax le foyer primitif qui a versé dans le sang les éléments de la tuberculose méningée.

Dans tous ces cas, le médecin ne peut être rationnellement utile au malade que de deux façons :

1° En soutenant ses forces pour l'aider dans la lutte contre l'ennemi qui l'envahit ;

2° En cherchant à tuer cet ennemi sur place, c'est-à-dire dans le milieu sanguin.

II. *Forme torpide.* — Le plus souvent,

[1] Reinhald, *Deutsche Arch. für Klin. méd.*, 1891.

disions-nous, les malades succombent dans cette forme suraiguë, mais on peut concevoir des cas où le bacille aurait moins de virulence, où le terrain aurait une résistance plus marquée, où la lutte, en un mot, finirait par tourner à l'avantage du malade ; nul doute que ces cas ne soient plus fréquents qu'on ne se le figure, et que beaucoup de maladies sans nom ne soient de ces bacilhémies atténuées. On les décore quelquefois du nom d'*embarras gastrique*, tout en s'étonnant de voir des embarras gastriques durer un mois, un mois et demi, pour aboutir à des guérisons ; dans ces cas, le malade sort de l'hôpital emportant avec lui son secret. Nous avons eu la curiosité de suivre au thermomètre, pendant toute la durée de leur soi-disant embarras gastrique, une douzaine de malades avec fièvre irrégulière peu marquée, tantôt vespérale, tantôt matutinale; mais il nous est arrivé souvent de les voir revenir deux, trois mois après

à l'hôpital, porteurs de tuberculoses pulmonaires à foyers limités ou de tuberculoses locales qu'on pourrait appeler *tuberculoses locales secondaires*.

III. *Tuberculoses locales secondaires*. — Voici comment on peut interpréter la pathogénie des tuberculoses locales secondaires.

Les microbes, après avoir parcouru le torrent sanguin, y ont trouvé la mort en grande partie ; mais quelques-uns, mieux doués que les autres, ont pu résister aux leucocytes ou à l'action antibacillaire du sérum sanguin, et sont venus élire domicile dans un organe quelconque.

Une jointure a-t-elle autrefois été le siège d'un traumatisme ? Elle donnera asile à quelques-uns des bacilles en question, ou bien le bacille ira se caser dans le corps d'un vertèbre, dans un os, dans les parois de la vessie, ou il ira coloniser dans le rein ; on sera, en

somme, en présence d'une tuberculose locale, mais qui n'est plus une tuberculose primitive, c'est une tuberculose secondaire.

Ce nid à microbes peut devenir lui-même la source de nouvelles infections, soit par propagation de voisinage, soit par pénétration dans le courant sanguin ; aussi faut-il l'enlever quand il est accessible, mais à une condition : c'est qu'on sera bien sûr que le foyer qu'on poursuit est bien isolé et que le bacille n'a pas fait de colonie ailleurs. Quand on a cette conviction basée sur un examen médical approfondi, toutes les audaces chirurgicales sont permises, et le succès est souvent venu couronner les tentatives les plus hardies. Mais quel est le chirurgien assez sûr de son diagnostic pour affirmer que le malade n'est pas porteur de foyers qu'il ignore ? Aussi dans ces cas, même les plus favorables en apparence à la chirurgie, pensons-nous qu'il faut, avant toute intervention, faire suivre au malade un traitement géné-

ral susceptible de déceler les tuberculoses localisées secondaires, dont il pourrait être porteur à l'insu du chirurgien.

ART. IV. — TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

Étudions, d'après ces données, les moyens thérapeutiques qu'il est rationnel d'employer contre la tuberculose.

I. *Traitement local.* — L'intervention locale peut et doit varier suivant une foule de circonstances : dans certains cas d'arthrite limitée, le chirurgien se trouve bien de faire des cautérisations profondes avec un thermo-cautère ou un cautère de platine en bec d'oiseau porteur d'une boule d'acier qui sert de réservoir pour la chaleur. Nous avons vu M. le professeur Richet employer ce moyen (ignipuncture) avec succès, bien avant qu'on ne connût la nature tuberculeuse des arthrites fongueuses. Les Chinois l'emploient de toute antiquité.

Dans d'autres cas, le grattage rend d'incontestables services.

Les injections de chlorure de zinc dans le voisinage des foyers tuberculeux accessibles ont rendu aux malades de M. Lannelongue des services appréciables : après cinq ans d'essais, le savant professeur a publié à l'Académie des sciences, en juillet 1891, et a montré aux membres du Congrès de la tuberculose, en 1891, les résultats de sa méthode sclérogène. Elle a pour but d'imiter le travail naturel de guérison. Le chlorure de zinc fixe en les tuant les éléments anatomiques au point où il est déposé, oblitère un certain nombre de capillaires, provoque en somme une inflammation qui se traduit en quelques heures par un afflux énorme de nouveaux éléments anatomiques. La lutte s'établit alors entre eux et le bacille ; d'autre part, les jeunes cellules s'organisent en tissu fibreux, serré ; puis, peu à peu, la région reprend sa souplesse, et les résultats

thérapeutiques sont des plus encourageants.

Quant aux autres antiseptiques qui ont la prétention d'atteindre sur place le bacille de Koch, ils sont extrêmement nombreux.

Citons parmi eux l'*iodoforme* qu'on peut employer soit en poudre, soit sous forme d'huile iodoformée (2,50 d'iodoforme se dissolvent dans cent parties d'huile), et nous avons vu obtenir avec ces seules injections, précédées d'une simple ponction, une guérison très complète de tuberculose de l'os iliaque avec abcès par congestion.

Les *injections d'éther iodoformé* (Verneuil) ont une grande puissance de pénétration en surface, mais non en profondeur. Elles pénètrent dans les replis des fistules, malheureusement pas assez profondément dans l'épaisseur des parois des foyers. En outre, elles sont douloureuses. Enfin, il faut s'en méfier énormément pour le traitement des tuberculoses costales, parce qu'on ne sait jamais quel

est le point de départ des abcès occasionnés par ces dernières : or il arrive souvent que le nid à microbes qui détermine l'abcès symptomatique est sur la face interne de la côte, et une injection intempestive, pénétrant dans le médiastin, peut provoquer des accidents redoutables.

Les *injections de naphtol camphré* rendent aussi de très bons services, ainsi que l'a montré le Dr Reboul[1]. C'est un liquide onctueux au toucher, insoluble dans l'eau, miscible aux huiles, à l'alcool et à l'éther, dissolvant l'iode, les phénols, la cocaïne, qu'on prépare en mélangeant une partie de naphtol et deux parties de camphre finement pulvérisé ; il suffit de chauffer doucement le mélange jusqu'à fusion complète. Le naphtol camphré peut être employé en injections interstitielles avec une seringue de Pravaz à piston en moelle de sureau, être injecté même à fortes doses

[1] Reboul, *Thèse*, 1889.

(100 gr.) dans les articulations, la plèvre, sans provoquer de douleurs ni phénomènes généraux d'intoxication.

Mais son action n'est pas seulement locale, il est absorbé et passe dans les urines. Le salol camphré se prépare de la même façon et jouit des mêmes propriétés.

En résumé, contre les tuberculoses, même quand elles sont locales (primitives ou secondaires), le traitement local est rarement seul applicable; le traitement général est, au contraire, souvent seul rationnel.

II. *Traitement général.* — Quel est donc ce traitement général si recommandable? Possédons-nous un spécifique qui aille atteindre dans l'intimité des tissus le bacille inaccessible à la curette du chirurgien? Ou existe-t-il un moyen quelconque de rendre un organisme réfractaire à l'envahissement du bacille?

Koch avait cru trouver ce moyen.

Nous estimons que son traitement ne méritait ni l'excès d'honneur avec lequel il a été accueilli ni l'indignité avec laquelle il a été repoussé, après des expériences quelque peu hâtives et peut-être insuffisamment prolongées. La prétention de rendre le terrain réfractaire à la tuberculose n'a, en effet, rien d'illogique, et s'appuie sur une observation clinique des plus intéressantes. Quand on observe les tuberculeux, on est frappé de voir qu'en général ceux qui sont le plus maltraités par la maladie, ceux chez lesquels la maladie évolue avec la plus désespérante régularité sont des hommes vigoureux, atteints dans le cours d'une santé florissante, sans tare héréditaire et sans antécédents personnels.

Nous en voyons beaucoup dans l'armée.

Quand, au contraire, nous voyons entrer à l'hôpital un tuberculeux qui a eu dans son enfance des ganglions, ou des tuberculoses osseuses ou des hémoptysies antérieures, nous

portons un pronostic relativement bénin. C'est pourquoi, par parenthèse, nous fouillons avec tant de soin le passé de nos malades, quand il s'agit de porter un pronostic sur leur avenir.

Cette immunité relative des hommes qui ont eu autrefois des manifestations tuberculeuses peut s'expliquer de deux façons :

1° Ils ont résisté aux premières manifestations de la tuberculose, parce que leur terrain était peu favorable au bacille ; il n'est donc pas étonnant qu'ils résistent à une deuxième, à une troisième, à une quatrième atteinte ;

2° Mais une deuxième interprétation est non moins logique. Chaque atteinte antérieure verse dans leur sang une quantité variable de cette ptomaïne que sécrète le microbe, et qui leur confère une immunité relative. Chaque atteinte les vaccine dans une certaine mesure ; de là, à l'idée de les vacciner d'une façon intensive, il n'y avait qu'un pas, et ce pas a été franchi par Koch.

A. *Tuberculine.* — Mais, pour que la méthode réussisse, il faut se rapprocher, le plus possible, de ce que fait la nature. Or, la vaccination naturelle se fait avec une extrême lenteur; c'est pendant des mois entiers que part du foyer tuberculeux la dose ultra-homéopathique de la tuberculine sécrétée par le bacille. Ce ne sont donc pas des injections de 1 ou 2 milligrammes qu'il faut faire pour imiter le procédé naturel, mais des injections longtemps continuées à doses infinitésimales. Dans ces conditions, la méthode de Koch pourra rendre des services; nul doute qu'elle ne puisse agir comme traitement préventif.

Pour notre part, nous aurions à soigner un enfant sain, dont tous les frères et sœurs auraient succombé, à époque fixe, à la tuberculose, que nous nous demanderions s'il n'est pas rationnel de vacciner ce survivant par des injections de tuberculine, faites tous les deux jours à dose extrêmement minime.

On peut encore l'employer dans les formes chroniques avec l'espoir de devancer le travail envahissant du bacille, dans le même esprit qui guide Pasteur pour le traitement de la rage.

Mais, l'employer chez des malades porteurs de grosses lésions et fébricitants, c'est faire un acte irrationnel; ces malades ne sont déjà que trop impressionnés par la toxine que leurs microbes sécrètent à doses intensives. Il est absurde de leur inoculer en plus une dose quelconque de la même toxine. Dans notre idée, la méthode de Koch ne peut donc servir qu'à titre prophylactique ou dans les formes très lentes de la tuberculose, pour venir quelque peu en aide à la vaccination qui se fait naturellement; mais, dans les cas avancés ou dans les formes subaiguës et, à plus forte raison, aiguës, elle ne peut amener que des désastres.

Mais, dira-t-on, c'est précisément dans

ces derniers cas que le malade implore le secours de la thérapeutique.

B. *Antiseptiques.* — Avons-nous donc une réponse sérieuse à donner au malade? Possédons-nous un antiseptique qui, introduit dans son organisme, ira tuer sur place, dans la profondeur des tissus, les bacilles tuberculeux?

Des expériences de laboratoire ont bien démontré que ces antiseptiques étaient nombreux : en particulier, l'acide phénique, la créosote et ses composants ont, *in vitro*, une action incontestable sur le bacille de Koch. Mais peut-on logiquement utiliser ces données quand il s'agit non plus d'un tube à expérience, mais d'un organisme vivant ? Considérons les profondes différences qui existent entre ces deux cas.

Dans le vase à expérience, il faut une dose d'antiseptique que tolèrerait difficilement l'organisme le plus robuste ; mais, en outre, dans le vase à expérience, les microbes sont libres,

ils flottent dans un liquide et peuvent être mis en contact immédiat avec l'antiseptique, tandis que, chez le malade, le bacille est profondément caché au milieu du tubercule et échappe ainsi à l'action directe de l'antiseptique, tout comme les bacilles du crachat échappent à l'action du sublimé mis dans le crachoir, même à doses massives, parce que le sublimé coagule l'albumine des crachats, ce qui constitue autour de chaque bacille une sorte de gaine protectrice.

Il est encore une autre raison qui met dans le corps humain les bacilles tuberculeux à l'abri des antiseptiques transportés par le courant sanguin. C'est que là où il y a des bacilles il n'y a plus de vaisseaux. Le tout premier travail des bacilles est de boucher les ouvertures vasculaires en provoquant une sorte de thrombus capillaire, par conséquent ce n'est pas par l'intermédiaire des capillaires qu'il faut chercher à atteindre les bacilles.

Pour toutes ces raisons, nous estimons qu'il est irrationnel de chercher à tuer sur place les bacilles par la voie circulatoire, dans les cas de tuberculose tant soit peu ancienne. Ce n'est que dans les cas suraigus, alors que les bacilles flottent dans le liquide sanguin, ou, tout en étant déposés dans les organes, ne sont encore entourés d'aucune coque protectrice, qu'il serait rationnel de chercher à les atteindre et à les tuer sur place. Or ces cas sont exceptionnels, et, de plus, nous verrons tout à l'heure l'effet redoutable, pour le malade atteint de bacilhémie, d'un des antiseptiques sur lequel on avait fondé les plus hautes espérances. Nous voulons parler de la créosote. Il est probable que, dans ces cas aigus, les autres antiseptiques ne seraient pas mieux tolérés, de sorte que, dans l'état actuel de la science, nous pensons qu'il n'y a point d'antiseptique général à opposer au bacille de Koch.

Art. V. — Traitement de la tuberculose par la créosote

Cependant, dira-t-on, la créosote a donné jusqu'à ce jour des résultats bien encourageants dans le traitement de la tuberculose. Comment dès lors peut-on les interpréter, si l'on n'admet pas l'action antibacillaire de ce médicament? Nous allons chercher à nous expliquer sur ce point.

Nous croyons être un des médecins qui ont employé la créosote le plus audacieusement; nous l'avons donnée à des doses telles que les médecins qui n'avaient jamais vu nos malades nous croyaient difficilement sur parole. Nous sommes, en d'autres termes, un des partisans les plus convaincus de la méthode créosotée, et nous avons obtenu et obtenons tous les jours des résultats si encourageants que nous aurions mauvaise grâce à nier l'efficacité du

médicament. Mais agit-il à titre d'antiseptique? Voilà ce que nous ne pouvons pas admettre. Tout d'abord, nous croyions qu'elle agissait à ce titre, mais peu à peu la réflexion nous a amené à penser qu'il n'en était rien et que ce médicament n'a aucune puissance directe contre le bacille de Koch, soit qu'il circule dans le sang, soit qu'il soit enchâtonné quelque part dans l'organisme, et qu'il agit d'une façon beaucoup plus complexe.

Nos observations, qui remontent à trois ans, portent à l'heure actuelle sur 402 malades, tous observés avec le plus grand soin pendant leur séjour à l'hôpital, pesés tous les huit jours; leur température est prise 2, 4, 12 fois par jour, suivant les indications; leurs crachats sont examinés par un de nos aides bénévoles, M. le Dr Rouget, attaché au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce; nous avons un personnel d'infirmiers comme il en existe peu dans les établissements les mieux tenus; des

malades, détenus militaires, qui ont tout intérêt à rester à l'hôpital, à y revenir à la moindre alerte, que nous ne parvenons à faire réformer qu'après de longues temporisations, en d'autres termes que nous pouvons suivre pendant des mois et des années entières, malades le plus souvent intelligents et qui nous aident de leurs remarques et de leurs observations. Bref, nous avons un service de choix et un champ d'expériences comme on n'en rencontre pas souvent. Nous étions donc dans des conditions idéales pour étudier une médication à longue portée, comme l'est celle de la créosote.

Nous l'avons administrée par toutes les voies (gastrique, intestinale, aérienne et cutanée), de sorte que nous sommes actuellement bien fixé sur son action sur les tuberculeux. C'est pourquoi nous allons l'étudier avec une ampleur qui sera peut-être nuisible à l'harmonie de ce travail, mais qu'on nous pardonnera sans doute eu égard à l'importance de la question.

§ 1er. — *Observations sommaires de tuberculeux traités par la créosote*

Nos observations peuvent se grouper suivant la façon dont les malades tolèrent le médicament.

PREMIÈRE CATÉGORIE

Tolérance parfaite du médicament et résultats excellents

Chez les uns, la tolérance est parfaite. Ils n'éprouvent ni vertiges, ni fièvre, ni hypothermie, ni manifestations d'aucun genre ; les effets thérapeutiques sont alors remarquables : l'appétit se relève ou s'exagère ; les forces augmentent; le poids s'accroît de huit jours en huit jours ; les foyers de tuberculose externe et même de tuberculose pulmonaire entrent vite en régression manifeste.

Citons, à titre d'exemple et parmi une cinquantaine de malades considérablement améliorés, les cas suivants :

Un officier, auquel notre collègue M. Vautrain avait dû enlever le manche du sternum et l'extrémité interne des deux clavicules, pour tuberculose osseuse, rentre l'année suivante au Val-de-Grâce avec des adénites volumineuses du cou, dont deux en pleine suppuration, et trajets fistuleux. Il avait, en outre, une gomme tuberculeuse du voile du palais ayant amené une perforation ; le voile du palais était épaissi, infiltré, adhérent aux parties voisines, comme dans certains cas de syphilis buccale. Notre confrère reconnaissant l'impuissance de la chirurgie nous confie le malade, auquel nous appliquons le traitement intensif : il prend en vingt-cinq jours, d'une part, 1 800 grammes d'huile créosotée à 1/15 en injections hypodermiques et, d'autre part, 1 000 grammes de la même huile en cinq lavements donnés les jours où l'on ne fait pas de piqûre ; or le malade augmente de 3 kilos en vingt-cinq jours. Les suppurations ganglionnaires se tarissent, la

gomme tuberculeuse du palais se cicatrise; le voile du palais reprend de la souplesse; le résultat dépasse toute espérance et se maintient encore aujourd'hui.

Un autre malade, atteint de tuberculose du testicule, prend, en cinq mois, 5 kilos d'huile créosotée par la peau, 1 kilo en lavement; il est soumis nuit et jour, comme tous ses camarades, à l'atmosphère créosotée, et, au bout de ces cinq mois, le noyau tuberculeux de l'épididyme avait complètement disparu; la tolérance avait été parfaite, le malade n'a jamais éprouvé le moindre accident.

Un élève de l'École de Châlons, que nous avons présenté à la Société de dermatologie en avril 1891, était porteur, depuis trois mois, d'adénites énormes du cou qui l'avaient fait renvoyer de l'École; or, après vingt-huit jours de traitement, on ne voyait presque plus trace de ces adénites, et la guérison se maintient.

Un garde républicain, que nous avons éga-

lement montré au Congrès de dermatologie et dont la photographie avait été prise avant le traitement, a été également guéri, en vingt-deux jours, d'adénites volumineuses. Trois mois après, nous le représentions aux membres du Congrès de la tuberculose, qui étaient venus visiter notre service au Val-de-Grâce, et la guérison s'était maintenue et se maintient encore.

Un détenu, L....., a été soumis pendant dix-huit mois à notre observation ; il était porteur à son entrée d'adénites volumineuses du cou, dont deux avec suppuration, et sa maladie remontait à deux ans. Les médecins stagiaires du service le considéraient, d'un commun accord, comme devant être opéré ; mis au traitement créosoté, il vit, en quinze jours, disparaître la suppuration et, au bout de quatre mois, il n'y avait plus trace de ganglions. Le malade continua pendant quatorze autres mois le traitement, prenant régulièrement tous les deux jours 50 grammes d'huile créosotée ; la gué-

rison se maintint ; il avait pris en tout 9 kilos d'huile au 1/15 sans jamais avoir eu le moindre accident.

Un élève de l'École de Saint-Cyr nous fut confié par M. le professeur Robert, du Val-de-Grâce. Il était porteur d'adénites volumineuses du cou datant de six mois, avec trois trajets fistuleux ; au bout d'un mois, il retournait à l'École presque complètement guéri.

De même, l'enfant d'un de nos confrères, que M. le D[r] Besnier voulut bien nous confier, fut très rapidement guérie d'adénites strumeuses du cou. Elle supporta très bien les injections créosotées, n'éprouva jamais d'accidents locaux. Elle eut, il est vrai, à la suite d'une injection, des accidents généraux passagers qui effrayèrent beaucoup son père, et que M. Besnier relata dans une importante communication faite en juillet 1891 à la Société de dermatologie. Mais ces accidents, dus sans doute à une embolie graisseuse, n'eurent aucune

suite et n'empêchèrent pas le père de la jeune malade de reprendre le traitement pour parfaire et assurer la guérison qui se maintient.

Un malade, présenté au Congrès de la tuberculose, avait eu, six mois avant, une péritonite tuberculeuse ou, du moins, qui avait été déclarée telle par une quinzaine de médecins instruits ; cette péritonite avait guéri sans laisser de traces après deux mois de traitement créosoté, et le malade avait engraissé dans le courant du deuxième mois de 33 livres.

Une autre malade, atteinte en même temps de tuberculose pulmonaire au deuxième degré, mais à évolution lente, avait au-dessus du sein droit un abcès froid que M. le professeur Lannelongue avait ponctionné, mais qui s'était reproduit ; après trente injections de 20 grammes en moyenne d'huile créosotée, l'abcès avait disparu et, à sa place, on sentait une sorte de cuirasse limitée sans exostose appréciable ; — six mois après, à la suite d'un

deuxième traitement créosoté, il ne restait aucun vestige de l'exostose, et une petite cicatrice adhérente était le seul témoin. Quant à la tuberculose pulmonaire de cette malade, elle est stationnaire.

Certains tuberculeux pulmonaires supportent également la créosote à haute dose et tirent du traitement un bénéfice marqué.

Un de nos malades, atteint d'une forme pneumonique très grave avec une caverne non douteuse survenue à la suite de la poussée pneumonique, et dans les crachats duquel des bacilles de Koch avaient été plusieurs fois constatés, sortit de l'hôpital presque guéri après trois mois de traitement, ayant pris soixante-dix injections à 50 grammes d'huile en moyenne, soit 210 grammes de créosote. M. le professeur Bouchard, qui le revit trois mois après sa sortie, constata une guérison radicale, et elle se maintient depuis un an.

Un autre malade, F..., entré avec hémopty-

sies inquiétantes, vit ses hémoptysies s'arrêter dès la première injection d'huile créosotée, et les signes stéthoscopiques constatés à l'entrée (submatité et râles sous-crépitants au sommet droit) disparurent après quatre mois ; néanmoins le malade, continuant à tousser un peu, resta en traitement pendant neuf autres mois. Il avait une telle confiance dans la créosote que nous n'avions pas besoin de le pousser à prendre les injections, il fallait plutôt modérer son zèle. Il nous quitta parfaitement guéri après avoir pris 7 kil. 200 grammes d'huile créosotée au 1/15, soit 540 grammes de créosote, et sans jamais avoir eu le moindre accident ni local ni général. Il nous écrit d'Amérique que sa guérison se maintient depuis six mois que nous l'avons perdu de vue.

Une autre malade, que nous vîmes avec le Dr Chanut, avait des craquements au sommet droit et, bien que nous n'ayons pas trouvé de bacilles dans les crachats, le diagnostic de

tuberculose s'imposait. C'était une maladie à forme lente, datant de plus de cinq ans, qui a cédé à trente injections de 30 grammes en moyenne ; la guérison se maintient depuis six mois.

Une autre malade, Mme E..., que nous avons adressée à M. le Dr Guerder, était également atteinte d'une tuberculose pulmonaire torpide ; de rares bacilles de Koch ont été trouvés dans ses crachats ; quarante injections, faites en deux mois, ont fait disparaître des râles sous-crépitants qu'elle avait au début du traitement, et toute expectoration.

M. X..., capitaine de gendarmerie, atteint de tuberculose au deuxième degré, et dont les crachats contenaient de nombreux bacilles, est venu au Val-de-Grâce, en mars 1891, pour savoir si le traitement lui était applicable et s'il pourrait l'employer chez lui ; je l'ai fait venir tous les matins à l'hôpital pendant quinze jours pour étudier sa tolérance, j'ai augmenté les

doses avec une hardiesse extrême, et, quand j'ai vu que la tolérance était parfaite, j'ai engagé cet officier à suivre chez lui le traitement, sous la direction du confrère militaire qui le soignait préalablement. Or ce confrère m'écrit, deux mois après, qu'il constate une amélioration évidente dans l'état local ainsi que dans l'état général du capitaine X...

Sim., Pierre, détenu au Val-de-Grâce, est encore un exemple de tolérance parfaite avec guérison. La maladie a été prise au troisième mois de son évolution, le diagnostic confirmé par notre collègue, le professeur agrégé Antony. Or, après trois mois de traitement pendant lesquels le malade prit soixante injections de 50 grammes en moyenne, toute lésion pulmonaire avait disparu. M. le professeur Bouchard a pu constater ce résultat.

Un de nos amis, M. Cu..., atteint de tuberculose depuis deux ans avec bacilles dans les crachats, souffle et râles sous-crépitants aux

deux sommets, affaiblissement notable, a été mis au traitement en novembre 1890, pendant cinq mois consécutifs il a pris tous les jours une injection de 30 grammes en moyenne. Il a vu ses forces renaître ; en même temps, les râles sous-crépitants disparaissaient, et la respiration devenait soufflante aux deux sommets. Après un repos de deux mois que le malade passa au Mont-Dore, l'injection quotidienne de 30 grammes fut reprise et l'amélioration de l'état général et de l'état local se maintient toujours. Ce malade n'a pas interrompu un seul jour son service très pénible.

Un mécanicien de la marine, mis au traitement par notre confrère M. Antony pendant trois mois consécutifs, est entré dans notre service du Val-de-Grâce le 1er septembre 1891 et a continué le traitement sous notre direction. Il prenait une injection de 50 grammes tous les deux jours, le poids augmentait de mois en mois et les lésions se circonscrivaient

d'une façon telle, qu'on était en droit d'espérer une guérison prochaine. Malheureusement, ce malade prit la grippe en décembre 1891 et partit en janvier pour Amélie-les-Bains, dans un état beaucoup moins satisfaisant que celui constaté en novembre.

Nous avons de même quinze autres tuberculeux pulmonaires en traitement depuis trois mois, qui sont en voie de grande amélioration, mais sur l'histoire desquels nous n'insisterons pas, parce que nous ne considérons pas la durée du traitement comme suffisamment prolongée.

Cat..., le premier malade que nous ayons traité par les injections de créosote (1889) [1], continue à aller aussi bien que possible. Il a eu pendant l'été de 1891 une nouvelle poussée de tuberculose pulmonaire et a dû entrer à l'hôpital Tenon ; mais le traitement par la

[1] Son histoire est mentionnée dans les *Archives de médecine militaire*, 1890.

créosote en injection employé par M. le Dr Moizard eut encore cette fois la même efficacité qu'en 1889.

Tous ces malades, qu'on peut considérer comme guéris ou extrêmement améliorés, ont toléré le médicament d'une façon parfaite, et font véritablement honneur à la méthode.

DEUXIÈME CATÉGORIE

Tolérance parfaite du médicament, mais résultats thérapeutiques médiocres ou nuls

Chez les malades dont l'énumération va suivre, la tolérance a été non moins remarquable, l'état général a été non moins amélioré, mais les lésions locales n'ont pas suivi une régression parallèle.

Un malade atteint de tuberculose du testicule gauche très avancée avec suppuration est mis au traitement le jour même de son entrée à l'hôpital ; il tolère très bien la

créosote, ce qui n'empêche pas son abcès testiculaire de s'ouvrir. La nécessité d'une castration s'impose. M. le professeur Delorme du Val-de-Grâce la pratique, et, sitôt que le malade est guéri de cette opération, nous reprenons le traitement créosoté avec d'autant plus d'énergie que nous voyions le testicule droit se prendre un mois après l'ablation du gauche. Le traitement est admirablement supporté : 6 kilos d'huile créosotée sont pris par la peau ; en outre, dans ce cas, étant donné le siège même de la maladie, nous insistons sur les lavements de créosote ; ils sont parfaitement supportés par l'intestin, 3 kilos d'huile créosotée au 1/15 sont ainsi pris par la voie rectale en vingt lavements ; malgré cette dose énorme et cette tolérance idéale, les lésions ont continué à progresser. Nous avons vu se prendre successivement les deux vésicules séminales et la prostate.

Notons que le malade, à l'inverse des

autres à tolérance parfaite, n'a pas augmenté de poids pendant les huit mois qu'il est resté soumis à notre observation.

Un garde républicain atteint également de tuberculose de l'épididyme nous est confié par M. le professeur Laveran, dans le service duquel il était placé. Il a pu prendre en deux mois 3 kilos d'huile créosotée sans le moindre accident et avec légère amélioration de l'état général; mais la lésion de l'épididyme n'a ni augmenté ni diminué. M. Laveran le présenta au Congrès de la tuberculose en insistant sur l'innocuité, mais aussi sur l'inefficacité du traitement. Il vient de rentrer au Val-de-Grâce avec une orchite tuberculeuse double (décembre 1891).

Chez un autre malade atteint de mal de Pott, la créosote a également été très bien tolérée pendant plus de six mois, sans pour cela que la lésion vertébrale ait été influencée ; on a dû faire deux opérations successives.

Au bout de ces six mois, l'état général devenant défectueux par suite de l'abondance de la suppuration, et la fièvre s'étant mise de la partie, la créosote n'a plus été supportée.

Nombreux sont nos tuberculeux pulmonaires, chez lesquels la créosote a amené une amélioration notable de l'état général avec diminution appréciable des crachats, sans que pour cela la lésion ait le moins du monde rétrocédé. Ces cas justifient l'opinion de quelques personnes qui disent que la créosote est un trompe-l'œil.

Citons parmi ces malades l'histoire d'un homme de vingt-huit ans, soigné au quatrième mois d'une tuberculose que nous avions vue naître, et chez lequel l'amélioration de l'état général fut telle que nous conçûmes d'abord le plus brillant espoir ; cet homme qui dépérissait à vue d'œil fut rapidement remonté, put reprendre son travail qu'il n'a pas interrompu depuis près de deux ans. Malgré cette

amélioration apparente, malgré la continuation régulière du traitement (il prend toutes les semaines deux injections de 30 grammes d'huile à 1/15), les crachats renferment toujours de nombreux bacilles, et nous suivons mois par mois, avec inquiétude, les progrès de la lésion pulmonaire.

Jusqu'à quand durera ce bien-être factice ? A quel moment surviendra l'effondrement général de l'organisme ? Nous ne pouvons pas le préciser ; ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'à partir de ce moment là la crésote ne sera plus tolérée ; qu'à partir du jour ou l'intolérance pour la dose habituelle se produira, les jours du malade seront comptés, et qu'il faudra bien se garder de vouloir vaincre l'intolérance ; le mieux sera de cesser le traitement créosoté.

Dor... entre, il y a quatorze mois, avec hémoptysie inquiétante survenue dans le cours d'une belle santé, est mis à la créosote au troi-

sième jour ; dès la première injection, les crachements de sang qui avaient résisté à tous les agents thérapeutiques, s'arrêtent pour ne plus reparaître pendant six mois. Le traitement intensif est continué et pendant tout ce temps la lésion pulmonaire reste stationnaire. Les crachats examinés tous les mois contenaient des bacilles, mais l'état général était excellent. Au sixième mois, suspension presque complète du traitement; au septième, réapparition d'une hémoptysie grave, qui est également arrêtée par la créosote. A partir de ce moment, bien que la créosote soit très bien tolérée, bien que l'état général soit aussi bon que possible, nous constatons la marche progressive de la lésion pulmonaire. Au quatorzième mois, apparition brutale d'une poussée broncho-pneumonique, qui emporte le malade en trois jours.

L'autopsie faite à l'hôpital Tenon par M. Potier, interne du Dr Moizard, démontra que la lésion initiale du poumon droit était

en voie de guérison, que le malade a succombé à une poussée aiguë pulmonaire généralisée.

Un employé du ministère de la guerre, M. X..., qui nous fut adressé par M. le médecin-major Longuet, vint tous les matins au Val-de-Grâce, pendant trois mois, pour prendre une injection de 60 grammes d'huile créosotée, en moyenne. L'état général s'améliora rapidement, mais la lésion pulmonaire évolua silencieusement; les crachats, de moins en moins abondants, contenaient toujours des bacilles. Au troisième mois du traitement, alors que le malade était considéré par son entourage comme en excellente voie de guérison, il fut tout à coup arrêté par un pneumo-thorax gauche : l'aggravation subite et facilement explicable de l'état général nous force à suspendre la créosote. — Mais le malade est tout disposé à reprendre les injections, quand il sera guéri de son pneumo-thorax.

Notre collègue, M. Nimier, nous pria de traiter un malade entré dans son service pour otorrhée et atteint depuis dix jours seulement d'une forme infectieuse de tuberculose. En l'espace de huit jours, les traits s'étaient tirés, il avait une anémie aiguë avec fièvre ardente, perte d'appétit, et, bien qu'au premier examen il nous fût impossible d'affirmer l'existence de la tuberculose, nous la soupçonnâmes, et le malade fut mis au traitement. Il le supporta avec une vaillance que nous ne sommes pas habitués à rencontrer chez les fébricitants, et put prendre progressivement, en augmentant de 5 grammes par jour, jusqu'à 120 grammes d'huile créosotée. La fièvre, loin d'augmenter comme elle le fait quelquefois, diminua progressivement pour disparaître au vingt-cinquième jour du traitement. L'état général s'améliora d'une façon évidente, ce qui n'empêcha pas les lésions pulmonaires que nous ne faisions

que soupçonner au début de s'accentuer sous nos yeux.

Aujourd'hui, après quatre mois de traitement, le malade se croit hors de danger, ne tousse plus du tout, crache très peu, ses crachats ne contiennent *plus de bacilles* de Koch, *alors qu'ils* en contenaient beaucoup deux mois avant, et cependant ses deux sommets sont intéressés de la façon la plus nette.

M. le professeur Robert, du Val-de-Grâce, nous prie, en février 1891, de donner des soins à M. D..., lieutenant, atteint de tuberculose ganglionnaire du cou, de laryngite tuberculeuse et de tuberculose du sommet droit arrivée au deuxième degré. Ce malade supporta très bien la créosote ; les seuls accidents d'intolérance qu'il eut furent des vertiges et de l'ébriété à la suite des dix premières. Mais sa toux diminua ; son poids augmenta de 9 livres en deux mois et ses ganglions disparurent presque complètement. Malgré cette amélio-

ration apparente, l'état pulmonaire resta ce qu'il était au début du traitement. Nous avons perdu le malade de vue depuis quatre mois, mais nous savons qu'il a repris son service et qu'il continue chez lui les injections faites tous les deux jours, à raison de 50 grammes par injection.

Chez tous ces malades de notre deuxième catégorie, et chez bien d'autres dont nous ne voulons pas parler parce que nous ne les avons pas suivis assez longtemps, nous considérons que le traitement a été fort utile malgré l'état stationnaire ou même progressif des lésions. Nul doute que ces malades n'aient été mis par le fait du médicament en état de résistance.

TROISIÈME CATÉGORIE

Tolérance parfaite d'abord, puis intolérance progressive

En d'autres cas, la tolérance est parfaite

d'abord, l'état général s'améliore ; mais la lésion continue à évoluer comme chez les malades de la deuxième catégorie. Puis brusquement, sans qu'on sache pourquoi, surviennent les phénomènes d'intolérance que nous allons passer en revue.

A partir de ce moment, le pronostic devient des plus sombres, et l'on peut dire que tout homme qui tolérait la créosote d'abord et ne la tolère plus à un moment donné est un malade perdu.

Tel est le cas d'un malade de M. Laveran, atteint successivement de pleurésie droite, puis de pleurésie gauche, et de péritonite, qui fut mis en traitement au troisième mois de sa maladie. Pendant deux mois, il toléra très bien 25 et 30 grammes d'huile donnés tous les jours, puis, tout à coup, il eut des phénomènes d'intolérance : nous baissâmes progressivement la dose du médicament, et nous dûmes y renoncer après quinze jours de tâtonnements.

Un mois après ce malade succombait, et l'autopsie nous révélait une tuberculose généralisée (plèvre, poumon, péritoine, foie, rein).

Un garde républicain, Che., toléra le médicament pendant trois mois, mais, comme les lésions continuaient à s'aggraver d'une façon rapide, malgré l'absence de fièvre et malgré le bon état général, nous ne pouvions pas être rassuré sur son sort, et la suite nous montra le bien-fondé de nos appréhensions. En effet, un jour, la fièvre s'allume pour devenir continue, et, à partir de ce moment, la tolérance cesse d'exister; le malade, qui supportait 50 grammes d'huile au 1/15, ne peut plus en prendre 5 grammes, ni même un gramme sans éprouver du refroidissement, des frissons, des sueurs profuses. Aussi avons-nous cessé le traitement en quelques jours et considérons-nous le malade comme condamné.

Nous avons encore deux autres malades dont l'histoire est calquée sur la précédente.

Mais ces cas de tolérance parfaite d'abord, avec intolérance dans le cours du traitement, sont relativement rares, beaucoup plus rares que ceux de la catégorie suivante.

QUATRIÈME CATÉGORIE

Intolérance dès le début du traitement gravité du pronostic

Nous nous proposons d'insister avec détails sur ces phénomènes d'intolérance, parce que c'est leur degré de gravité qui doit régler la conduite du médecin, et aussi parce qu'ils on au point de vue du pronostic une importance considérable.

Nous l'avons déjà fait pressentir à propos des malades de la troisième catégorie, et nous ne saurions trop insister actuellement sur ce point.

Nous pouvons dire d'une façon générale que la créosote a la même valeur, au point de vue

du pronostic, que la lymphe de Koch au point de vue du diagnostic, et nous en sommes arrivé à nous tromper bien rarement sur le pronostic à porter chez un tuberculeux d'après la manière dont il supporte la créosote, quelles que soient d'ailleurs l'ancienneté, la profondeur de sa maladie, quels que soient les symptômes qu'il présente. Tel malade peut avoir des lésions profondes, de la fièvre hectique ; s'il supporte bien le médicament, nous ne désespérons pas de lui. Nous n'en désespérons, comme nous l'avons dit plus haut, qu'à partir du jour où à la tolérance initiale succède une intolérance progressive. Tel autre, au contraire, peut n'être qu'au début de la maladie, n'avoir pas de fièvre, n'avoir que des lésions peu étendues ; s'il supporte mal la créosote, s'il n'arrive pas à la tolérer au bout d'une dizaine de jours, si, en d'autres termes, il éprouve à un haut degré les phénomènes que nous allons passer en revue, nous le

considérons comme irrémédiablement perdu.

C'est, nous l'avons dit, sur 402 observations quotidiennes, scrupuleuses et faites sur un vaste champ, que nous basons cette affirmation, dont l'importance ne peut échapper à personne.

Nous avons déjà esquissé cette étude[1], mais il nous faut la reprendre au point de vue spécial qui nous occupe.

1° En général, le fait de percevoir la saveur de créosote pendant longtemps, surtout après avoir reçu des doses relativement minimes, est un indice d'intolérance.

Notre maître et ami, M. Lereboullet, l'avait aussi remarqué; mais ce fait contesté par d'excellents observateurs, Guiter entre autres, n'a rien d'absolu, sa valeur n'est que secondaire, surtout quand cette manifestation est isolée ;

2° La polyurie et la sychnurie, qu'on observe

[1] Burlureaux, *Gazette hebdomadaire* du 13 juin 1891.

d'ailleurs assez rarement, n'indiquent pas l'intolérance ;

3° L'apparition des urines noires, si elle ne survient qu'accidentellement, ou à la suite de très fortes doses, n'a aucune valeur pronostique et n'indique en rien l'intolérance. Mais, si les malades ont des urines noires, et surtout très noires avec des doses *minimes* de médicaments et d'une façon fréquente, le médecin doit faire des réserves et être très prudent dans sa thérapeutique.

Un de nos malades atteint de phtisie aiguë avait des urines noires comme de l'encre avec dix gouttes de créosote réparties dans un lavement de 200 grammes. Le même malade ne supportait pas 5 centigrammes de créosote donnée en injection huileuse sous-cutanée, alors que, dans les cas de tolérance parfaite, 10 et même 15 grammes de créosote, donnés soit en lavement, soit en injection, ne modifient en rien la couleur de l'urine.

4° L'apparition de vertiges, d'ivresse, voire même de torpeur, avec anéantissement général et impossibilité d'associer deux idées, n'indique pas l'intolérance ; ces phénomènes sont d'ailleurs rares, ils ne durent que quelques jours chez le même malade ;

5° La sueur survient très fréquemment au début du traitement, immédiatement à la suite des injections ; elle est quelquefois profuse, durant sept ou huit heures. Le malade est comme dans un bain de vapeur. Si ce phénomène survient isolément, sans être accompagné de ceux qui nous restent à étudier, il n'a pas grande valeur pronostique et n'indique pas l'intolérance ; mais il est rare qu'il survienne isolément. Le plus souvent, la sueur s'accompagne d'une poussée fébrile ; deux cas peuvent alors se présenter : ou bien la fièvre n'est perceptible qu'au thermomètre, le malade ne se doute pas qu'il est fébricitant ; en ce cas, on peut dire que le malade ne fait que friser l'in-

tolérance. Le médecin doit surveiller de près, donner des doses modérées, baisser même la dose si la sueur est profuse, mais il doit continuer le traitement. Rien n'est plus curieux que de voir ces malades couverts de sueur, qu'il a fallu changer deux ou trois fois, ayant une température de 39°, manger avec appétit, affirmer qu'ils se trouvent très bien et demander qu'on leur continue la créosote.

Nous avons eu un malade semblable, atteint, à la suite d'une rougeole, de tuberculose pulmonaire subaiguë. Tous les médecins qui l'ont suivi le considéraient comme gravement atteint dès le début. L'examen du poumon révélait une extension rapide des lésions. Après chaque injection, il survenait cette sueur si abondante avec poussée fébrile. A diverses reprises, nous croyions devoir suspendre le traitement, mais nous le continuâmes à la prière du malade qui prétendait que ces sueurs ne lui étaient pas désagréables et qu'il mangeait avec un appétit

peu commun. Or nous eûmes tout lieu de nous féliciter de cette constance; au bout d'un mois, en effet, les injections ne produisirent plus ni fièvre, ni sueur, ni phénomènes d'aucune sorte; la tolérance s'était établie parfaite, et, à partir de ce moment, la lésion pulmonaire diminua. Deux mois après, le malade quitta l'hôpital, prenant de la créosote jusqu'au jour de sa sortie, retourna dans son pays et voulut bien venir un mois plus tard à Paris pour être présenté aux membres du Congrès de la tuberculose. Divers médecins qui l'examinèrent ont constaté qu'il n'y avait plus qu'une lésion limitée bien différente de celle dont les détails minutieux étaient inscrits sur la feuille d'observation aux diverses étapes de la maladie. L'état général était excellent, le poids avait continué à augmenter après le départ de l'hôpital.

Bref, ce malade fort inquiétant à un moment donné, dont les crachats avaient contenu des bacilles, faisait véritablement honneur à la thé-

rapeutique instituée. Notons, à vrai dire, qu'il n'avait jamais eu d'intolérance absolue, car il n'avait jamais éprouvé les phénomènes qui nous restent à étudier.

Le plus souvent, les sueurs profuses avec fièvre sont accompagnées ou suivies d'un malaise que le malade dénonce, et qui se caractérise par un frisson violent, survenant sept heures après la fin de l'injection, avec légère céphalée sus-orbitaire. A ce frisson succède un tremblement généralisé, avec sensation de refroidissement profond. Les extrémités sont glacées, malgré l'élévation thermique ; le nez est effilé; la face pâle et grippée, quelquefois un peu cyanosée, a un aspect fort inquiétant.

Dans les cas graves, le malade ne respire que huit à dix fois par minute ; on dirait qu'il oublie de respirer ; le pouls est petit, presque imperceptible, d'une fréquence non exagérée. Il n'y a ni vomissement ni diarrhée ; nous ne pouvons pas mieux comparer cet état qu'à la

forme algide de la fièvre pernicieuse palustre.

Fort heureusement, ces accidents cessent rapidement et d'eux-mêmes ; la crise ne dure en moyenne que trois quarts d'heure. Nous ne l'avons jamais vu durer plus d'une heure et démie, jamais elle n'a eu une issue funeste. Une fois la crise passée, le malade se trouve affaibli, et de deux choses l'une : ou bien à cet affaiblissement se joint une sensation de malaise indéfinissable qui dure de dix à douze heures, malaise accompagné le plus souvent de fièvre ardente. Dans ces cas, il faut renoncer au traitement créosoté. Il ne peut que faire du mal et hâter l'issue funeste; ou bien, dans quelques cas exceptionnels, le malade accuse un état de bien-être surprenant, tel que nous avons vu des malades nous demander, à la visite du lendemain, de continuer le médicament, bien que nous ne leur cachions pas que c'est à lui qu'ils devaient la secousse traversée la veille. Depuis quelque temps nous ne cédons

plus à leur demande, ou bien nous abaissons la dose de créosote, jusqu'à ne plus donner que quelques centigrammes. Cette dose minime, qui n'aurait absolument aucun effet chez un homme bien portant, les impressionne encore assez pour produire à l'état d'ébauche la crise ci-dessus indiquée.

Il faut bien savoir, en effet, que les crises algides, dues à la créosote, n'ont pas toujours ce haut degré d'intensité. Chez certains malades tous les phénomènes se réduisent à une sensation légère de froid qui n'a rien de pénible. Le malade demande à être couvert dix minutes, un quart d'heure et c'est tout ; une fois cette sensation de froid passée, il se trouve dans un bien-être notable ; cette sensation, comme la crise algide, survient en moyenne sept heures après la fin de l'injection.

Entre la crise algide aiguë et le refroidissement de bon aloi, tous les intermédiaires sont possibles. C'est au praticien à chercher quelle

dose convient à chaque cas déterminé. Si 5 grammes d'huile au 1/15 amènent une crise tant soit peu violente, il ne faut donner que 5 grammes d'une solution plus étendue encore.

Nous avons dit que, chez un de nos malades, pour trouver la dose convenable, nous avions dû progressivement baisser jusqu'à 6 centigrammes de créosote ; chez un autre, il a même fallu baisser à 4 centigrammes. Avec ces doses nous obtenions tous les effets utiles de la créosote, sans provoquer de secousse redoutable.

Comme on le voit, le tact médical est loin de perdre ses droits en face de ces délicats problèmes thérapeutiques. Nous pouvons même dire que nous ne connaissons pas de médicament aussi difficile à manier que la créosote ; nous n'en connaissons pas dont les degrés de tolérance soient aussi nombreux et aussi variables chez le même individu. La tolérance pour le quinine est toujours à peu près la même chez le

même malade et, en outre, ne varie guère que de 1 à 5; en d'autres termes, la tolérance minima étant 1 chez un sujet susceptible A, la tolérance maxima chez le voisin B ne dépasse pas 5, — et, chaque fois qu'on donnera au malade B cinq fois la dose qui produit des effets appréciables chez le sujet A, on risquera d'empoisonner le sujet B. Pour le mercure, la tolérance varie peut-être de 1 à 10; pour le bromure, de 1 à 20; pour la morphine, de 1 à 100. Nous avons autrefois étudié ce médicament sous la direction de notre excellent maître, le Dr A. Voisin, et pu ainsi apprécier combien la tolérance était parfaite dans certains cas, et combien par contre l'intolérance était extrême chez d'autres sujets. Eh bien! les limites dans la tolérance à l'égard de la créosote sont encore plus étendues. Elles varient de 1 à 300. Cette appréciation n'a évidemment rien de mathématique, mais elle doit mettre le praticien en garde contre le danger qu'il y a à prescrire

une dose uniforme de créosote dans tous les cas. Un médecin qui ne donnerait systématiquement que de 25 à 50 centigrammes par jour de créosote à ses tuberculeux ne ferait pas rendre au médicament la dixième partie de sa valeur thérapeutique ; un praticien qui donnerait systématiquement de 1 à 3 grammes par jour risquerait d'empoisonner ses malades à tolérance minime, et priverait ses malades à tolérance parfaite du concours du médicament manié plus hardiment.

La seule dose recommandable, c'est la dose tolérée.

Nous avons vu quelles difficultés on a pour la trouver dans certains cas qui sont heureusement assez rares.

En principe, on peut dire que, quand on a tant de peine à trouver la dose tolérée, on a affaire à un malade irrémédiablement condamné.

Nous ne connaissons qu'une exception à cette règle : il s'agissait d'un sapeur-pompier

atteint de ganglions multiples du cou et des régions sus-claviculaires avec induration du sommet droit et fièvre continue. L'huile créosotée au 1/15, donnée à 5 grammes, provoqua, dès le premier jour, les accidents ci-dessus mentionnés. A quatre reprises différentes, la même dose minime produisit les mêmes effets ; en l'espace de trois semaines, cet homme avait dépéri sensiblement, et M. le D[r] Villemin, notre cher et honoré maître du Val-de-Grâce, qui le vit à ce moment, ne dissimulait pas les inquiétudes que devait inspirer ce malade. Nous nous décidâmes alors à diminuer sensiblement la dose de créosote, en n'utilisant qu'une solution huileuse à 5/700 ; 10 grammes de cette huile amenèrent d'abord les mêmes effets toxiques que 5 grammes d'huile à 1/15. Nous diminuâmes tous les jours de 1 gramme, et, quand nous fûmes à la dose de 5 grammes de cette huile à 5/700, le malade la toléra.

Nous reprîmes les jours suivants 10 grammes,

puis 15, 20, etc., jusqu'à 50 grammes; la tolérance ne se démentait pas. L'appétit revenait ainsi que les forces ; puis nous reprîmes 5 grammes de l'huile au 1/15 qui furent très bien acceptés; en augmentant de 5 grammes par jour, nous arrivâmes jusqu'à faire prendre 90 grammes sans le moindre inconvénient.

Après deux mois de cette reprise du traitement le malade nous quittait dans un état fort satisfaisant, ne toussant plus, pesant 28 livres de plus qu'à son entrée. Ses ganglions, par contre, n'avaient pas encore subi de diminution appréciable.

Mais, à part ce malade, tous les autres qui ont présenté de l'intolérance aux doses minimes de créosote ont succombé à bref délai.

Ainsi, un malade entrait à l'hôpital, le 15 septembre 1891, atteint d'une tuberculose aiguë à forme pneumonique. Il n'était souffrant que depuis un mois, et, quatre jours avant son entrée, il avait eu une fièvre ardente, un fris-

son, un état fort grave, avec crachats quelque peu rouillés. A l'entrée, tout le poumon gauche était envahi en masse (matité du haut en bas, souffle à la partie moyenne, bouffées de râles sous-crépitants de haut en bas).

Les crachats examinés dès le début contenaient des bacilles de Koch en grande quantité. Surpris de trouver des bacilles à une période si peu avancée de la maladie, nous refîmes cet examen des crachats à deux reprises, de huit jours en huit jours, et, chaque fois, ils fourmillaient de bacilles. Le diagnostic était donc bien exact : ce n'était pas à une pneumonie franche que nous avions affaire, c'était à une pneumonie tuberculeuse. La fièvre était ardente et continue, l'état général médiocre.

La première injection de créosote à 5 grammes d'huile au 1/15 fut bien tolérée, mais à la seconde, faite avec 10 grammes, survinrent les accidents d'algidité que nous avons décrits. Nous quittâmes alors la solution au

1/15 pour en prendre une au 1/100. 10 grammes de cette solution amenèrent encore une notable perturbation. Cette intolérance nous fit cesser le traitement et porter un pronostic des plus graves qui ne tarda pas à se réaliser : en effet, le poumon droit se prit à son tour un mois après, et le malade succomba trois mois après son entrée dans nos salles ; il avait des tubercules dans tous les organes.

Chez un autre malade atteint de tuberculose aiguë, généralisée aux deux poumons, nous avons obtenu une amélioration légère en utilisant la créosote en lavement à la dose de 1 gramme d'huile au 1/15. Avec cette dose minime nous obtînmes un léger refroidissement et un état de bien-être momentané fort apprécié du malade. Mais l'apparition de ce refroidissement avec une dose aussi faible nous fit, après quelques jours, cesser le traitement, et nous autorisa à porter le pronostic le plus grave ; en effet, la maladie évolua en

deux mois, et l'autopsie démontra que la tuberculose avait envahi les deux poumons, le foie, l'intestin, les ganglions.

La sensation de refroidissement si nettement accusé par tous les malades s'accompagne, avons-nous dit, le plus souvent d'une hyperthermie notable. Mais, d'autres fois, le thermomètre indique qu'en effet il y a un véritable refroidissement de l'individu. Nous l'avons vu baisser à 33° dans l'aisselle, quelquefois la température est abaissée à 35° ; très souvent à 36° chez des malades qui, une heure avant, pouvaient avoir 40°.

Mais cette hypothermie n'est pas de longue durée ; au bout de trois quarts d'heure à une heure, le thermomètre remonte à 40° et même 41°, de sorte qu'en l'espace d'une heure et demie on peut voir la courbe thermique faire des bonds véritablement extraordinaires. Nul doute que de semblables perturbations ne soient très préjudiciables au malade, et qu'il

ne faille s'efforcer de les éviter dans la mesure du possible. Ce n'est pas toujours chose facile, car avec des doses minimes on peut avoir ces accidents. C'est ce qui explique et légitime le mauvais renom de la créosote chez les tuberculeux aigus. Nul doute qu'on ne leur nuise, en leur donnant des doses, qui *a priori* semblent très raisonnables, telles que 1 gramme de créosote. Mais nous pensons qu'on peut leur être cependant quelque peu utile en leur donnant, quand on sait la trouver, la dose tolérée par eux, et qui varie d'un individu à l'autre suivant une foule de conditions.

En résumé, on voit souvent marcher de pair les diverses manifestations que nous venons de signaler, comme indiquant l'intolérance : persistance du goût de créosote dans la bouche, urines noires, sueurs profuses, sensation de refroidissement avec refroidissement réel, ou, au contraire, avec hyperthermie, succédant à la période algide.

Quand tout cet ensemble de troubles s'observe dans la même journée et avec des doses minimes, l'intolérance est à son maximum. Mais ces diverses manifestations ne sont pas fatalement associées. Elles peuvent coexister deux par deux, trois par trois, dénotant ainsi des degrés multiples dans l'intolérance. Ainsi un malade peut avoir les urines très noires, une fièvre très ardente au thermomètre et un refroidissement très peu marqué. Un autre, des urines normales, une sensation de refroidissement peu profond et des sueurs profuses. Tel autre, une sueur très modérée avec un refroidissement intense, et, chez le même malade, cette association de symptômes, peut varier d'un jour à l'autre. C'est ce qui rend si difficile un exposé didactique de la question, et si délicates les règles de l'intervention thérapeutique.

Rappelons seulement que le phénomène solennel par excellence est, à notre avis, la

sensation de refroidissement *avec hypothermie*.

Chez les maladies à intolérance marquée, il arrive parfois que la peau elle-même est intolérante.

Nous avons eu deux cas de ce genre. Chez ces deux malades, presque toutes les piqûres ont amené un abcès, deux semaines en moyenne après la piqûre, et, par l'ouverture de cet abcès, s'est déversée sous forme de boue grisâtre et fétide toute l'huile injectée deux semaines avant. Ces abcès tardifs sont très curieux à étudier : pendant dix ou douze jours, rien ne fait présager leur imminence, le malade n'éprouve aucune douleur, il n'y a aucune tuméfaction ; puis survient une douleur sourde qui va *crescendo*, puis trois jours après le pus est collecté. Si on les ouvre de bonne heure et largement, ils guérissent en quarante-huit heures. Si on attend l'ouverture spontanée, il se fait des décollements de la peau.

L'apparition de ces abcès est d'autant plus regrettable, que rien ne peut la faire soupçonner. Elle paraît indiquer une gravité toute spéciale de la maladie, et être en rapport avec un défaut d'absorption du plus mauvais augure. Nos deux malades qui ont présenté cette particularité ont toujours été dans un état extrêmement grave et ont succombé rapidement.

Notons la rareté de cette intolérance de la peau, même chez les gens qui ne supportent pas la créosote. Quant à ceux qui la supportent, nous avons dit et nous répétons qu'ils n'ont *jamais* d'abcès, quelle que soit la dose injectée, lorsque l'injection est faite avec la lenteur, la propreté voulues, et quand on prend la précaution de ne pas faire les piqûres toujours à la même place.

Dans quels cas survient l'intolérance ? On pourrait croire *a priori* que c'est lorsque la créosote est donnée à forte dose ; il n'en est rien. Nous avons dit, à propos des observations

ci-dessus mentionnées, que nous avions pu donner, et pendant plusieurs jours de suite, 100 grammes d'huile créosotée, soit 6 gr. 66 de créosote sans le moindre accident. Nous avons pu un jour pousser la dose jusqu'à 220 grammes avec la même curieuse innocuité, et à un autre malade donner un lavement de 250 grammes d'huile à 1/15 qu'il a gardé vingt-quatre heures sans avoir ni urines noires ni le moindre phénomène. Il arrive cependant que, dans le cours d'un traitement intensif, on ait, de temps à autre, des manifestations d'intolérance à un faible degré. C'est ainsi qu'un homme, qui prenait tous les jours de 50 à 60 grammes, eut, une fois, sans que nous sachions pourquoi, un léger refroidissement et les urines noires qu'il n'avait plus les jours suivants, tout en continuant la même dose. L'intolérance n'est donc pas liée d'une façon absolue à la dose de médicament. Elle apparaît, au contraire, le plus souvent avec des

doses minimes. Inutile de dire que les sujets qui ne tolèrent pas les doses minimes tolèrent encore moins les doses élevées. Il n'en est pas de la créosote comme de l'iodure de potassium qui n'est parfois pas toléré à 1 gramme, et qui chez le même sujet, le jour suivant, peut être toléré si l'on quadruple la dose.

On pourrait croire aussi que l'intolérance est due à l'accumulation des doses ; il n'en est rien : la créosote n'est pas comme la digitale qui s'accumule dans l'économie et produit des accidents toxiques au moment où on s'y attend le moins. La preuve, c'est que nous avons des malades qui prennent depuis un an de la créosote à assez fortes doses, presque quotidiennes, sans avoir jamais eu d'accidents.

Le mode d'administration n'est pas non plus en cause ; la créosote en lavements a *absolument* les mêmes effets que la créosote injectée à la même dose sous la peau, c'est-à-dire que quand elle n'est pas tolérée, elle

donne exactement les mêmes accidents quand elle est absorbée par l'intestin que quand elle est donnée par la peau.

Nous ne parlons pas de la créosote donnée par la bouche, que nous n'employons jamais dans les cas graves.

Est-il donc un symptôme permettant de redouter l'intolérance? L'anorexie peut-elle la faire craindre ? Oui, en général, parce que l'anorexie est l'indice d'une perturbation profonde. Mais ce n'est pas vrai absolument : un de nos malades avait conservé l'appétit, et il avait une intolérance marquée.

Nous avions cru d'abord remarquer que la fièvre était une condition d'intolérance et, par suite, une contre-indication au traitement; c'est vrai dans la plupart des cas, mais non absolument. Nous avons, en effet, observé treize malades fébricitants, chez lesquels la créosote a été bien tolérée. L'un d'eux avait 39° le matin et 40° le soir, depuis plusieurs jours. L'huile

créosotée au 1/15 à la dose de 5 grammes n'ayant pas augmenté la fièvre ni produit d'intolérance, nous donnâmes 10 grammes le lendemain, puis 20, 30, etc., jusqu'à 150. La fièvre, loin d'augmenter, diminuait de jour en jour et, après chaque injection, il y avait une apyrexie complète qui durait deux ou trois heures ; au bout de quinze jours, la fièvre avait cédé et le malade, qui paraissait très gravement atteint au début, tira un notable bénéfice du traitement. Il partit n'ayant plus de bacilles dans ses très rares crachats.

En général, cependant, les fébricitants supportent mal la créosote, comme le fait très judicieusement observer M. Guiter, de Cannes, dans un excellent article de la *Gazette hebdomadaire*, 19 décembre 1891 ; mais c'est moins parce qu'ils sont fébricitants que parce qu'ils sont profondément atteints.

La vérité est que c'est la gravité de l'atteinte qui amène l'intolérance.

Une jeune fille atteinte de péritonite chronique sans fièvre toléra parfaitement 5, 10, puis 15, 20 et 25 grammes d'huile au 1/15; mais elle manifesta dès la sixième injection (30 grammes d'huile) une intolérance marquée, ce qui nous fit immédiatement porter un pronostic grave, — et baisser la dose du médicament. Or, au fur et à mesure que son état de déchéance s'aggrava, nous dûmes baisser progressivement les doses. Sur sa prière nous continuâmes le traitement presque jusqu'au dernier jour, parce qu'elle retrouvait un peu d'appétit après chaque injection; mais, huit jours avant sa mort, la dose qui lui convenait était 4 grammes d'une solution au 1/100 ; avec 5 grammes de cette solution, elle éprouvait un refroidissement pénible. Or qu'on veuille bien considérer ce que représentent 4 grammes d'une solution au 1/100 ! C'est à peine la valeur d'une capsule ordinaire ! C'est assez dire la prudence qui convient en ces cas difficiles !

Ce fait prouve aussi qu'il n'y a pas que les tuberculeux pulmonaires qui aient de l'intolérance. Les malades atteints de tuberculose vésicale ou rénale éprouvent également ces phénomènes quand ils sont à une période très avancée.

M. le professeur Félix Guyon, qui a essayé la créosote chez ses malades, a dû vite y renoncer parce qu'il s'adressait à des malades gravement détériorés.

Ainsi, ce n'est ni la dose de créosote, ni la durée du traitement, ni le mode d'administration, ni le siège de la maladie, ni tel ou tel symptôme ou syndrôme qui règlent l'intolérance. Serait-ce la période de la maladie? Non, car, chez des malades atteints depuis peu de temps, l'intolérance peut s'observer.

Un de nos hommes à intolérance marquée n'était malade que depuis quinze jours. Et, inversement, des malades anciens à cavernes énormes sont parfois d'une tolérance parfaite.

Ce qui règle l'intolérance, c'est le degré de

gravité de la maladie, et c'est pourquoi l'intolérance est d'un si mauvais pronostic ; c'est pourquoi nous nous réjouissons quand par hasard nous parvenons à la vaincre, et surtout quand nous ne la rencontrons pas, même avec les plus fortes doses. C'est pourquoi nous sommes inquiet chaque fois qu'elle survient dans le cours du traitement, à moins que ce ne soit tout à fait accidentel. C'est pourquoi enfin nous la redoutons quand nous la voyons augmenter progressivement.

Comment maintenant l'expliquer?

Nous ne pourrions faire que des hypothèses gratuites. Dire que le malade est intolérant parce qu'il n'est pas assez fort pour supporter la lutte qui se passe dans l'intimité de ses tissus, entre les microbes pathogènes et l'antiseptique, dire que la lutte est d'autant plus ardente qu'il y a plus de microbes dans le sang ou que les microbes sont plus virulents, c'est en somme se payer de mots.

Mieux vaut avouer provisoirement notre ignorance et prendre le fait pour ce qu'il est, c'est-à-dire pour un élément pronostique des plus précis.

De notre étude sur la créosote dans le traitement de la tuberculose il résulte que la créosote pure et bien maniée est le meilleur des médicaments connus employés chez les tuberculeux. Elle leur rend des services extraordinaires en certains cas, très appréciables en certains autres, et, même dans les cas les plus défavorables en apparence, dans les cas d'intolérance marquée, elle peut être incontestablement utile quand on sait très bien la manier.

Il est fâcheux que ce maniement soit si délicat et que nous ne puissions pas encore donner de règles absolues, permettant de trouver après un ou deux essais la dose tolérée. Force est au praticien de procéder par tâtonnement pendant quatre ou cinq jours en commençant par de petites doses (5 gr. d'huile au 1/15, à

moins qu'il ne préfère s'abstenir quand il se trouvera en face de cas semblables ; en s'abstenant, il s'évitera de douloureuses perplexités.

§ 2. — *La créosote n'est pas un spécifique*

La créosote doit-elle être considérée comme un spécifique contre la tuberculose? Si l'on voulait soutenir cette thèse, on ferait valoir les résultats thérapeutiques véritablement extraordinaires mentionnés chez nos malades de la première catégorie, et chez les ganglionnaires étudiés par M. le Dr Denoy [1], l'arrêt des suppurations ganglionnaires, la disparition extrêmement rapide des ganglions, des tubercules de l'épididyme, etc., et l'on dirait que les cas d'intolérance et les cas relativement rares où la maladie continue à évoluer ne prouvent rien contre la spécificité du médicament, pas plus

[1] P. Denoy, *Traitement des tub. gang. du cou par les injections d'huile créosotée à hautes doses.* Thèse, Lyon, 1891.

que ne prouvent contre la spécificité du mercure certains cas d'intolérance chez les syphilitiques.

On voit, pourrait-on dire encore, des syphilitiques qui ne tolèrent le mercure à aucune dose ; on en voit d'autres qui tout en suivant le traitement spécifique le mieux conduit et en le tolérant ont néanmoins des accidents syphilitiques. De même, on voit des paludéens qui ne supportent pas la quinine ou qui ont des accès tout en la supportant, ce qui n'empêche pas la quinine d'être incontestablement un médicament spécifique s'il en fût.

On pourrait donc, sans trop de difficultés, soutenir la thèse de la spécificité thérapeutique de la créosote à l'égard du bacille de Koch. Mais nous ne croyons pas que telle soit la vérité, et nous pensons que la créosote n'est pas un spécifique contre la tuberculose.

Ce qui nous le fait croire, c'est que nous avons vu le médicament réussir chez d'autres

malades que les tuberculeux. Notre ami le Dr Calmette a été amené à l'employer avec grand succès dans deux cas de neurasthénie. Nous estimons donc qu'elle agit surtout à titre d'agent dynamogénique. Elle agit sur le système nerveux central qui est en somme le grand régulateur des phénomènes vitaux, aussi bien chez le tuberculeux que chez l'homme sain. L'essentiel est qu'elle rende des services. La question de spécificité thérapeutique n'a d'intérêt qu'au point de vue doctrinal, et d'ailleurs nous semble à peu près insoluble.

Pour produire de bons effets, la créosote doit être très pure. Celle dont nous nous servons au Val-de-Grâce est rectifiée sous la direction de M. le professeur Burcker, pharmacien chef de l'hôpital. D'après les indications données par M. Choay [1], M. Burcker veut bien prendre la peine de faire distiller, entre 202° et 210°, la créosote qu'il reçoit des magasins centraux.

[1] Choay, *Société de thérapeutique*, 1891.

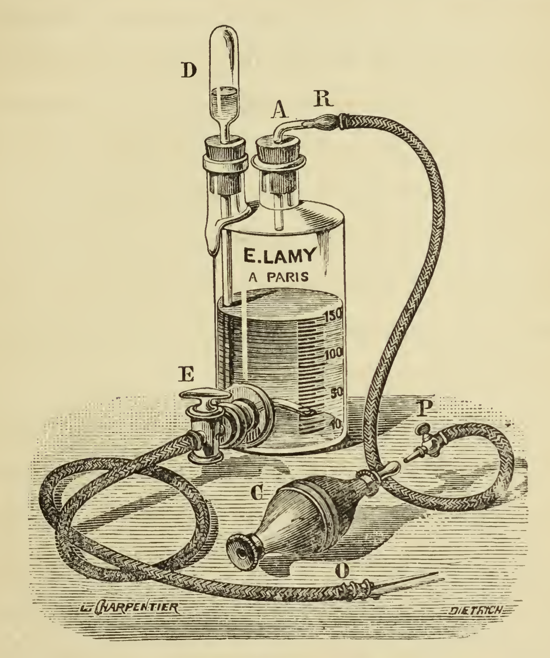
Or cette créosote, bien que de très bonne qualité, ne donne cependant que 70 0/0 de créosote injectable. Les 30 0/0 qui restent sont des produits de tête et surtout de queue, ressemblant au goudron par leur odeur et leur consistance, tandis que la créosote injectable est un liquide très fluide, à odeur agréable.

Nous l'employons en solution, dans l'huile d'olives, qui a été préalablement lavée à l'alcool pour enlever l'acide oléïque, et chauffée à 110° pour enlever l'alcool.

Notre solution habituelle est celle dont M. Gimbert nous a donné la formule (1 gramme de créosote pour 14 d'huile), et c'est avec l'appareil de M. Gimbert, modifié, que nous faisons nos injections. Tous les détails techniques relatifs à ces dernières ont été exposés par nous à la Société de dermatologie de Paris, en mai 1891, et par notre collaborateur M. Guerder[1] à la Société de médecine pratique, en 1891,

[1] Guerder, *Société de médecine pratique,* 1891.

et détaillés plus amplement par un de nos élèves, M. le Dr Hamon [1]. La figure ci-jointe



Injecteur sous-cutané des Drs BURLUREAUX et GUERDER.

permet de comprendre le fonctionnement de

[1] Hamon, *Thèse*, Paris, 1891. — Voyez aussi l'article consacré à cette question par M. le Dr Lucas-Championnière, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* janvier 1892.

l'appareil. Le maniement en est simple, à la portée de toute personne intelligente. C'est, en somme, un flacon gradué dans lequel on met l'huile à injecter et dans lequel on accumule de l'air au moyen d'une petite pompe ; un manomètre à air comprimé annexé à l'appareil permet de régler la pression. Sous cette pression douce et continue, le liquide part goutte à goutte et peut pénétrer sous la peau avec toute la lenteur désirable. Il suffit de donner un peu de pression toutes les heures. Un écoulement de 20 grammes par heure est une limite qu'il ne faut pas dépasser.

Grâce à cette lenteur et à cette régularité d'introduction, l'opération n'est pas douloureuse, n'expose à aucun accident. Nul doute que, si l'on veut donner de la créosote, c'est une des meilleures façons de l'administrer. On peut ainsi en donner des doses que l'estomac le plus robuste ne pourrait pas supporter, et, d'autre part, on sait très exactement la dose

qui est absorbée. En étendant la solution huileuse, on peut, dans les cas difficiles, graduer la dose de principe actif avec une précision mathématique et savoir au juste ce qui pénètre dans le torrent circulatoire. Ajoutons encore que l'huile ainsi digérée par la peau n'est pas sans jouer un rôle utile.

Le médicament peut être aussi administré en lavement. La formule adoptée par nous est: huile créosotée à 1/15, quantité variable; jaune d'œuf, n° 1; et lait, 200 grammes. Ce lavement nutritif est en général très bien toléré. Un de nos malades préfère prendre les lavements d'huile au 1/15 sans addition d'huile, mais en principe il vaut mieux étendre davantage la créosote. M. le Dr Guitter conseille d'adjoindre aux injections d'huile créosotée (qu'il pratique avec la seringue de Roux) les lavements d'eau créosotée : un gramme de créosote (33 gouttes avec le compte-gouttes de pharmacie) se dissout en effet dans 120 grammes d'eau tiède.

Le malade peut donc préparer à peu de frais un lavement bien dosé, qui, paraît-il, est aussi bien accepté par l'intestin que le lavement huileux.

Nous préférons la créosote rectifiée au gaïacol, qui est d'un prix de revient beaucoup plus élevé et qui n'est pas toujours d'une pureté idéale. Nous avons fait quelques essais comparatifs avec la créosote, le créosol chimiquement pur et le méthyl-créosol mélangés à l'huile, et nous n'avons noté aucune différence appréciable entre ces trois produits.

Que la créosote et ses composants (gaïacol, créosol et méthylcréosol) agissent à titre d'antiseptiques ou à titre d'agents dynamogéniques, comme nous inclinons à le penser, il n'en est pas moins vrai qu'en excitant l'appétit du malade, en augmentant ses forces, en faisant tomber momentanément sa fièvre, en arrêtant ses hémorragies, ils le mettent en bon état de résistance contre l'envahissement du bacille de Koch ; les ma-

lades justiciables de la créosote sont en général ceux qu'une bonne hygiène longtemps continuée parviendrait à faire vivre ou à guérir. Elle n'atteint pas le bacille de Koch, mais elle aide le tuberculeux à vivre quand son organisme n'est pas atteint jusque dans ses profondeurs ; et, s'il fallait exprimer toute notre pensée, nous dirions que la créosote, c'est l'hygiène du riche mise à la portée du pauvre. C'est l'hygiène de l'homme qui peut aller passer l'hiver à Cannes et l'été à Davos ou à Leysin et respirer toujours un air irréprochable, mise à la portée du sédentaire toujours attelé à son travail, vivant médiocrement dans un air plus ou moins confiné. Étant donné un malade curable, si nous avions à choisir entre le traitement hygiénique et le traitement créosoté, nous préférerions encore le second, parce que les résultats sont plus rapides ; mais l'idéal serait la combinaison des deux traitements, car le traitement hygiénique, tel que nous le comprenons, ne laisse pas

que d'avoir une importance extrême. Mais l'esprit de ce travail nous interdit de donner à ce sujet de plus amples développements.

Des effets assez analogues sont produits par la suralimentation (Debove), par les injections de sérum de chien, d'après la méthode de MM. Héricourt et Richet. Ces injections ne sont pas non plus douloureuses et rendent d'importants services, ainsi que nous avons pu nous en assurer et ainsi que l'ont déclaré MM. Feulard à la Société de dermatologie, et Semmola au Congrès de la tuberculose, en 1891.

Nous avons cherché à dépister les portes d'entrée de la tuberculose, pour prouver que cette maladie était souvent locale d'abord, avec tendance à la généralisation, mais nous devons avouer que, dans bien des cas, le mode d'introduction du microbe dans l'organisme nous échappe. C'est principalement lorsque la maladie se transmet par hérédité. L'hérédité de la tuberculose est indiscutable, et il faudrait avoir

des idées préconçues pour la nier. C'est précisément à cause de cette fréquence relative de la tuberculose sans porte d'entrée appréciable que nous avons placé cette maladie assez loin dans notre échelle nosologique.

Art. VI. — Cancer

Plus obscure encore est la porte d'entrée du cancer ; nous savons que cette porte d'entrée peut être parfois constatée, que la maladie est inoculable. Un confrère, dont M. Cornil a tenu le nom secret à l'Académie, a eu le triste courage de prouver cette assertion d'une façon tout à fait scientifique.

Mais le microbe du cancer n'est pas encore connu, non plus que l'antiseptique à lui opposer.

Ce que nous savons, c'est que sa généralisation se fait le plus souvent très lentement et

toujours sans violente réaction, c'est-à-dire sans fièvre. L'absence de fièvre à *toutes* les périodes de l'évolution nous semble même être un signe diagnostique précieux dans les cas assez fréquents où l'on hésite entre le cancer et la tuberculose (cancer ou tuberculose du larynx, du poumon, du péritoine, de la plèvre).

Nous savons aussi que son microbe est très difficile pour le choix du terrain, et qu'à l'inverse de celui de la tuberculose il se plaît surtout chez les arthritiques.

CHAPITRE VII

Sixième groupe. — **Maladies dont la porte d'entrée est connue, mais inaccessible, et contre lesquelles on ne peut par conséquent diriger aucune intervention locale.**

Art. Ier. — Syphilis

Dans le cancer, l'intervention locale peut, dans certains cas exceptionnels, être couronnée de succès ; il n'en est plus de même dans la syphilis. C'est pourquoi nous plaçons cette maladie dans un rang très éloigné parmi les maladies justiciables de l'intervention locale.

Il ne faut cependant pas désespérer de la juguler à sa période locale. — Jusqu'ici toutes

les tentatives faites pour empêcher la maladie locale de devenir générale sont restées infructueuses. En d'autres termes, ce n'est pas en s'attaquant au chancre qu'on peut juguler la maladie, mais qui sait si on ne pourrait pas l'atteindre à sa première étape, c'est-à-dire quand elle est encore cantonnée dans les ganglions avoisinant le chancre. Ces ganglions, qui opposent une barrière momentanée à l'envahissement microbien, ne pourraient-ils pas être rendus stériles par des injections faites dans leur profondeur avec du bichlorure de mercure? Cette tentative thérapeutique n'aurait du moins rien d'irrationnel et ne serait pas dangereuse, si nous en jugeons par la tolérance des injections sous-cutanées de sublimé que nous faisons couramment avec de l'huile mercurielle ainsi préparée : sublimé, 40 centigrammes ; faire dissoudre dans éther, 2 grammes et ajouter huile stérilisée, 1 kilo.

Art. II. — Variole

La variole fait aussi logiquement partie de notre sixième groupe. Comme la syphilis, elle peut être une maladie primitivement locale, à preuve : les cas de variole inoculée ; mais, le plus souvent, la porte d'entrée échappe : c'est dire que le traitement général seul est applicable à la maladie.

Quel est le meilleur antiseptique à lui opposer une fois qu'elle est déclarée? Nous serions assez porté à croire que c'est l'acide phénique, d'après ce que nous avons vu, pendant l'épidémie de 1870 ; mais nos souvenirs sont trop lointains pour que nous puissions être affirmatif à cet égard.

CHAPITRE VIII

SEPTIÈME GROUPE. — **Maladies à porte d'entrée non seulement inaccessible, mais encore inconnue, à généralisation immédiate, contre lesquelles il n'y a pas à songer à faire le moindre traitement local.**

Enfin les maladies de notre septième groupe n'ont aucune porte d'entrée appréciable, et, par conséquent, aucune intervention locale n'a sa raison d'être. Nous ne connaissons ni leur microbe générateur, ni le meilleur antiseptique à leur opposer. Ce sont celles contre lesquelles la thérapeutique est le plus désarmée. Ce sont : la varicelle, la rougeole, la grippe, la dengue, la scarlatine, la méningite cérébro-spinale, la peste, le typhus, la fièvre jaune, la coqueluche, les oreillons, la suette,

le pityriasis rosé et l'érythème polymorphe, toutes maladies contagieuses non inoculables, dangereuses souvent par elles-mêmes (méningite, typhus, peste), mais dangereuses aussi par les complications qu'elles entraînent. La coqueluche, la grippe et la rougeole ne sont, en effet, dangereuses que par les broncho-pneumonies qui viennent se surajouter. La scarlatine est dangereuse surtout par l'angine, ainsi que nous avons essayé de le démontrer.

En face de ces affections, le médecin doit donc surtout chercher à prévenir les complications; mais il n'a aucune prise sur la maladie elle-même, et il se borne à tonifier les malades pour qu'ils fassent les frais de la lutte. Il assiste presque en spectateur au drame pathologique qui se déroule devant lui, quand il a la sagesse de ne pas risquer d'intervention imprudente.

CHAPITRE IX

Immunité conférée par une première atteinte

L'immunité va *crescendo* avec le rang hiérarchique que nous avons adopté.

§ 1er. — *Maladies du premier groupe*

Elle est nulle pour les maladies du premier groupe.

Ainsi le *chancre mou* est indéfiniment inoculable (Fournier et Barthélemy).

De même pour le *clou de Biskra*.

§ 2. — *Maladies du deuxième groupe*

La *blennorrhagie* peut se prendre aussi souvent que l'individu s'y expose.

Les *furoncles* sont presque indéfiniment inoculables au même individu ; mais déjà nous voyons poindre un semblant de vaccination à l'égard de la furonculose. Il vient, en effet, un moment où les furoncles cessent de se multiplier et où le malade paraît quelque peu réfractaire.

§ 3. — *Maladies du troisième groupe*

Dans les maladies de notre troisième groupe, l'immunité va croissant en suivant l'ordre adopté.

La *diphtérie* confère une légère immunité ; ainsi on n'a pas deux fois la diphtérie en un an.

Les *angines* ne se reproduisent non plus jamais coup sur coup, et elles vont en s'atténuant à mesure que le malade avance en âge. On dit couramment que cette atténuation est due au progrès de l'âge du sujet, mais c'est là une explication peu scientifique. L'immu-

nité relative est plutôt en rapport avec des vaccinations successives, le terme *vaccination* étant compris dans son sens le plus large.

L'*érysipèle de la face* confère une immunité relative non douteuse : il n'est pas un praticien qui ait vu mourir un homme de *récidive* d'érysipèle ; il n'y a qu'une première atteinte qui soit capable de tuer. Même remarque à propos de l'*érysipèle* dit *chirurgical.* Nous avons vu un homme, atteint de fracture comminutive du tibia, rester deux ans avec des plaies soignées d'une façon peu antiseptique. Il eut une vingtaine d'érysipèles qui avaient fini par lui amener un état éléphantiasique de la jambe. Le premier eut lieu à grand fracas, et mit ses jours en danger, les suivants s'accompagnèrent d'une forte fièvre, et les derniers ne se traduisirent que par un petit mouvement fébrile et l'apparition d'une teinte à peine rosée de la peau.

La *fièvre typhoïde*, qui appartient également

à notre troisième groupe, confère une immunité encore plus marquée, surtout si elle a été intense, c'est-à-dire si le microbe a envahi profondément toute l'économie ; si elle n'a été que légère, il n'est pas rare de la voir rechuter et même récidiver.

Même remarque à propos du *choléra ;* il est rare qu'on l'ait deux fois dans la même épidémie.

§ 4. — *Maladies du quatrième groupe*

La *rage*, le *tétanos*, la *morve* sont des maladies trop rares et trop graves pour qu'on sache si, chez l'homme, une immunité est conférée par une première atteinte.

§ 5. — *Maladies du cinquième groupe*

Quant à la *tuberculose*, nous nous sommes expliqué suffisamment sur l'immunité relative malheureusement trop peu marquée que con-

férait une première atteinte, et nous avons dit que l'emploi méthodique de la tuberculine devait être précisément destiné à renforcer cette immunité.

§ 6. — *Maladies du sixième et du septième groupe*

L'immunité que confère la *variole* est beaucoup plus marquée, elle est cependant loin d'être aussi absolue que celle qui est conférée par les maladies de notre sixième et de notre septième groupe.

Tout le monde sait que la *syphilis* donne une immunité presque absolue, et on ne cite qu'à titre d'exception les cas de récidive de *scarlatine*, de *peste*, de *typhus*, de *fièvre jaune*, d'*oreillons*, etc...

CHAPITRE X

Evitabilité des maladies contagieuses

Nous avons dit que la classification que nous proposons des maladies contagieuses en sept groupes était encore légitimée par les degrés variables de leur évitabilité, c'est-à-dire par leur plus ou moins de résistance aux agents de la prophylaxie *sociale.*

Il nous faut maintenant le démontrer :

§ 1er. — *Maladies du premier groupe*

Quoi de plus facile que d'empêcher la diffusion épidémique du chancre mou ? C'est une affaire de simple police, et si, par hypothèse, on pouvait soigner à la fois tous les malades

atteints de chancre mou sur toute l'étendue de la surface terrestre pendant huit jours consécutifs, le chancre mou passerait au rang des maladies disparues.

§ 2. — *Maladies du deuxième groupe*

Même observation pour la blennorrhagie que nous avons placée en tête du deuxième groupe.

§ 3. — *Maladies du troisième groupe*

Contre elles, la prophylaxie idéale, dont nous venons de parler, ne serait déjà plus applicable ; jamais on ne parviendrait à supprimer à la fois tous les germes existants de diphtérie, d'angines, de maladies médico-chirurgicales.

Mais, contre l'expansion de toutes ces maladies, l'hygiène nosocomiale est admirablement armée. Dans un service bien tenu, nous affirmons qu'on peut prévenir leur passage d'un

malade à l'autre, et que tout cas intérieur d'angine diphtéritique, d'érysipèle, d'infection purulente, de fièvre puerpérale, serait évitable si l'on savait manier l'antisepsie.

En un an (1888), nous avons vu passer à l'hôpital de Rouen soixante-trois adultes diphtéritiques, provenant du même régiment (12me chasseurs) ; ce qui prouve bien que c'étaient des diphtéritiques, et que nous n'avons pas toujours commis des erreurs de diagnostic à leur sujet, c'est que deux d'entre eux sont morts : l'un, de paralysie d'origine bulbaire ; l'autre, de diphtérie généralisée aux bronches avec broncho-pneumonie, néphrite, etc. ; c'est que douze ont eu des paralysies partielles ultérieures. Or ces soixante-trois malades, répartis dans des salles communes, au milieu de blessés, de fiévreux, de vénériens, n'ont pas donné un seul cas intérieur, bien que l'hôpital fût dans des conditions d'hygiène défavorables. Ce résultat nous semble dû exclusivement à

la façon antiseptique dont les diphtéritiques étaient traités dès le début, à l'annihilation du germe contage. Nous avons rélaté ce fait avec plus de détails dans un mémoire sur l'hygiène nosocomiale [1].

Pour ce qui est des maladies médico-chirurgicales, la cause n'est plus à plaider, et chacun sait que la transmission de ces affections d'un malade à l'autre est de la faute de quelqu'un.

Nous n'avons pas le même optimisme à propos de la transmission de la fièvre typhoïde, du choléra et de la dysenterie.

L'hygiène n'est pas désarmée contre ces trois affections, mais elle ne doit pas se dissimuler son impuissance relative. Les microbes de ces trois maladies veillent trop bien et sont trop répandus pour qu'on puisse jamais espérer leur disparition. Voyons cependant les res-

[1] Burlureaux, *Hygiène nosocomiale militaire. Difficultés de l'isolement et avantages de l'antisepsie dans les salles de médecine des hôpitaux militaires* (*Annales d'hygiène publique*, 1889, tome XXI, p. 401).

sources dont on peut disposer pour s'en défendre.

Choléra. — Contre la propagation du choléra du malade à l'homme sain les richesses de l'arsenal antiseptique ne sont pas tout à fait impuissantes ; nul doute que, si l'on traitait antiseptiquement les selles des cholériques, si on ne les laissait pas pénétrer dans l'eau de boisson, les épidémies de choléra auraient moins de tendance à se généraliser, et dans un service d'hôpital on n'observerait pas de cas intérieurs.

Fièvre typhoïde. — Ces données sont de tout point applicables à la fièvre typhoïde ; pour notre part, nous avons observé, il y quatre ans, dans le service de M. le principal Bouchez, à l'hôpital, à Rouen, plus de cinquante malades atteints de fièvre typhoïde à des degrés divers, répartis dans les salles communes, faute d'installation suffisante, et nous n'avons jamais observé un seul cas intérieur, ce qui tient, à

notre avis, au luxe des précautions antiseptiques que le chef de service prenait à l'égard des typhoïdiques (immersion immédiate du linge souillé par les malades dans un baquet d'eau au bichlorure de mercure, désinfection des selles, lotions triquotidiennes des malades, lavements biquotidiens, bains tièdes donnés dans la mesure du possible) ; en septembre et octobre 1888, ce même service nous a été confié en pleine épidémie de fièvre typhoïde; nous avons ainsi soigné cent soixante-dix malades, sans avoir un seul cas intérieur, parce que nous appliquions avec toute leur rigueur les précautions ci-dessus mentionnées ; alors que, dans le cours de dix-huit autres années de pratique, nous avons souvenance d'avoir vu dix-neuf cas intérieurs dans divers hôpitaux, et qu'en ville nous avons eu à enregistrer, l'an dernier, deux cas intérieurs, à cause de l'impossibilité où nous nous trouvions d'appliquer convenablement nos principes de désin-

fection du malade et de ses selles. Ces deux cas de notre pratique civile très limitée contrastent singulièrement avec l'immunité de nos malades des hôpitaux militaires.

Dysenterie. — La dysenterie serait encore bien plus facilement évitable si l'on savait ou si l'on pouvait appliquer les mesures que l'hygiène générale prescrit, et la contagion du malade à homme sain, observée par nous en maintes circonstances, n'existerait jamais, si l'on savait annihiler le germe contage émanant des selles de dysentérique, ce qui n'est pas au-dessus de tout effort.

§ 4. — *Maladies du quatrième groupe*

Elles sont encore jusqu'à un certain point évitables : la diffusion du *charbon* et celle de la *rage* seraient grandement atténuées si l'on prenait à l'égard de ces maladies les précautions désirables ; si l'on vaccinait préventivement

tous les chiens (rage), tous les bœufs et les moutons (charbon), comme on le fait déjà dans certaines contrées agricoles où les habitants ont le bon esprit de se tenir au courant des recherches scientifiques, si l'on brûlait tous les animaux morts de charbon, etc.

La transmission du *tétanos* est peut-être plus difficile à éviter, son microbe est trop généreusement répandu (terre, sécrétions du cheval même sain). Quant à la transmission d'homme à homme, elle est bien difficile à éviter, le microbe du tétanos n'étant atteint par aucun des procédés actuellement connus de désinfection [1]; heureusement, elle est fort rare. Pour ce qui est de la transmission par les instruments de chirurgie des médecins ou des vétérinaires, elle est évitable; cette notion chèrement acquise est aujourd'hui amplement démontrée.

La transmission de la morve peut également

[1] *Union médicale*, septembre 1888.

être réduite à un très faible degré. Sa disparition de nos régiments de cavalerie en est la meilleure preuve, et la morve rentre encore dans le cadre des maladies évitables.

§ 5. — *Maladies du cinquième groupe*

Avec la *tuberculose* commence la liste des maladies très difficilement évitables.

Que faire, en effet, contre l'hérédité qui pèse sur les descendants de tuberculeux? Nous ne voyons rien à proposer, en dehors de l'hygiène générale et de l'application de la méthode de Koch, dont nous avons déjà parlé, mais qui n'est pas encore entrée dans le domaine pratique. D'autre part, la tuberculose est tellement répandue, les microbes qui l'engendrent sont tellement tenaces et résistants qu'on peut dire que les personnes qui espèrent la disparition totale de cette cruelle maladie sont les jouets d'une généreuse utopie.

Nul doute cependant qu'on ne puisse faire beaucoup en appliquant certaines mesures d'hygiène [1], et en particulier la destruction des crachats par l'appareil tout récemment imaginé par M. Kremer, ingénieur en chef de l'Assistance publique.

Notre impuissance est encore plus grande en face du *cancer*. Comme la tuberculose, il est héréditaire, et, n'en connaissant ni le germe, ni les portes d'entrée, ni le vaccin, nous sommes absolument désarmés contre son expansion.

§ 6. — *Maladies du sixième et du septième groupe*

Enfin, contre toutes les maladies de notre sixième et de notre septième groupe, *syphilis, variole, rougeole, typhus, fièvre jaune, méningite cérébro-spinale, grippe, coqueluche,*

[1] Voy. Discussion à l'Académie de médecine, 1889.

suette, scarlatine, oreillons, etc., le rôle prophylactique des antiseptiques appliqués au malade et des agents que l'hygiène actuelle met à notre disposition en dehors de la vaccine paraît être extrêmement limité.

Il l'est peut-être moins qu'on ne le croit, et il est possible que, si l'on donnait des bains à tous les malades atteints de ces affections, si surtout on désinfectait leurs sécrétions pathologiques, si l'on s'attachait à purifier, soit par l'étuve, soit par une exposition convenable à l'air, précédée d'un battage suffisant, leurs vêtements et leur literie, on diminuerait dans une notable mesure la tendance à l'expansion épidémique de ces diverses affections.

En outre, il est infiniment probable que, si toutes les maladies contagieuses étaient soignées convenablement dès l'apparition du premier cas, on ne verrait pas les germes morbides acquérir, en passant d'un individu à l'autre, cette augmentation de gravité qu'on

observe dans les maladies contagieuses quand elles revêtent le caractère épidémique ; autrement dit, il n'y aurait plus d'épidémies, il y aurait toujours par-ci par-là quelques cas sporadiques, mais l'intervention médicale couperait le mal à la racine, et l'empêcherait de croître en progressant.

Avant de revêtir le caractère de malignité que nous savons appartenir à certaines épidémies on peut affirmer que la maladie avait d'abord été bénigne chez les premiers atteints. Elle n'a pris de malignité qu'en passant d'un malade à un autre, d'un terrain de culture à un autre terrain de culture, tout comme le microbe de la *septicémie* de Davaine gagne de la virulence progressive en passant d'une souris à une autre ; comme la rage, entre les mains de Pasteur, augmente de virulence en se transmettant d'un lapin à un autre lapin de passage jusqu'à ce qu'elle arrive à une limite qui n'est peut-être pas la limite maxima, mais

qui est une limite fixe dans l'état actuel des expériences ; comme la vaccine dont nous avons pu apprécier la virulence progressive en l'inoculant d'enfant en enfant. En inoculant à un premier enfant du vaccin reçu en des tubes et ayant dû traverser la mer (1883), nous n'avons obtenu que des pustules très médiocres; le deuxième enfant avait déjà des pustules plus belles, mais son vaccin ne prenait encore chez aucun adulte; le troisième enfant avait des pustules encore mieux venues et, au cinquième passage, le virus avait recouvré toute son activité, et a pu nous servir aux inoculations chez l'adulte.

Mêmes phénomènes se passent sans doute dans la transmission des maladies contagieuses quand les terrains de culture sont favorables. De là, l'urgence de s'opposer aux premiers cas.

D'ailleurs, le dernier mot n'est pas dit sur la contagiosité des maladies. Plus la science

fait de progrès, et plus la sphère de diffusibilité des maladies se trouve restreinte.

Autrefois on croyait à une puissance de diffusion presque indéfinie des maladies contagieuses : on se figurait, par exemple, que l'œil, que le regard d'un pestiféré suffisait pour communiquer la peste par une sorte de rayonnement dont l'œil aurait été le foyer ; de là, ces ridicules pratiques quarantenaires du passé aussi inutiles qu'inhumaines. Puis, au fur et à mesure que les observations recueillies en dehors de tout parti pris se sont multipliées, on a vu que la zone dangereuse des maladies contagieuses était beaucoup moins considérable qu'on ne se l'était figuré, quand aucun intermédiaire ne se mettait de la partie pour porter directement çà et là les germes morbides; on s'est aperçu, en d'autres termes, que la diffusion par l'air libre n'avait qu'une importance limitée. L'air libre, en somme, est un mauvais véhicule pour tous les contages qui

sans doute trouvent dans l'oxygène un ennemi redoutable.

Voyez la rougeole qui, au premier abord, semble si facilement diffusible. La remarquable étude de Panum aux îles Feroë (1866) a démontré avec une rigueur absolue que son contage ne franchit jamais d'un seul bond l'espace de quelques mètres. En effet, de deux ilots séparés par le moindre chenal, la maladie n'a jamais passé du premier au second sans le concours d'un vecteur humain.

Pour la variole, M. l'inspecteur général Léon Colin [1] a surabondamment démontré combien elle était peu diffusible par l'air libre.

Le typhus a aussi une puissance de diffusion extrêmement limitée. Dans nos hôpitaux de Constantinople encombrés de typhiques, la maladie est restée localisée aux salles de malades sans atteindre la population civile. Dans

[1] Léon Colin, *De la variole au point de vue épidémologique et prophylactique.* Paris, 1873.

les hôpitaux bien tenus, la contagion est très limitée : sur cinquante-cinq soldats typhiques traités au Val-de-Grâce, en 1856, deux seulement ont pris la maladie de leur voisin de lit, et Bateman, à Londres, a pu écarter la contagion par une propreté scrupuleuse [1].

Rien de mieux prouvé pour la fièvre jaune que le rôle restreint de la contagion personnelle (Hirsch, Griesinger, Léon Colin). Ce n'est pas le malade lui-même qui est dangereux, et les fuyards de Barcelone (1821), de Livourne, de la Nouvelle-Orléans, de Lisbonne (1851), de Saint-Nazaire (1861), ayant la *fièvre jaune dans le sang* (Faget), n'ont en général transporté nulle part la maladie qui les atteignait, soit en route, soit à leur arrivée dans les points les plus éloignés de leur foyer d'émigration. Il n'y a d'exception connue que pour la récente épidémie de 1888 à Jacksonville, en

[1] Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*. 2e édition, par E. Valin. Paris, 1877.

Floride (Gibier), où l'on a vu la maladie pénétrer dans l'intérieur des terres et légitimer, en apparence, les rigoureuses mesures opposées à l'arrivée des fuyards, ou à la sortie des habitants hors des villes (cordon sanitaire autour de la ville d'Entreprise).

Pour la fièvre jaune, ce sont les vêtements des malades qui sont surtout à redouter (Fuzier). Le miasme, dit Léon Colin, en paraît « pesant, peu diffusible, transportable seulement à de courtes distances ».

Cette donnée légitime absolument les pratiques de l'antisepsie externe. Un jour viendra où il sera bien démontré que les maladies contagieuses ne sont contagieuses que par les particules solides, impondérables, il est vrai, mais appréciables, soit au microscope, soit à tout autre moyen d'investigation; que les microbes pathogènes ne se plaisent pas le moindrement dans le milieu aérien, et ne sont jamais transportés à l'état libre par l'air libre. Ce jour-là,

les pratiques de l'antisepsie externe auront reçu leur définitive sanction et auront détrôné, en grande partie, la faveur dont jouissent encore les pratiques de l'isolement. Or ce jour-là n'est pas très éloigné, et nous en voyons déjà poindre l'aurore.

Un homme qui serait venu dire, il y a trente ans, que la fièvre puerpérale était transmissible d'une femme à l'autre par le doigt d'un accoucheur, indépendamment de toute condition de milieu nosocomial; qui serait venu annoncer qu'on pouvait facilement en arrêter la transmission dans un service d'hôpital, aurait été traité fort sévèrement par ses confrères, et cependant il aurait dit la vérité. Eh bien! avant que dix autres années se soient écoulées, il sera peut-être clairement démontré que les cas intérieurs dans les services de médecine, même dépourvus de pavillon d'isolement, indiquent un service mal tenu, et la responsabilité de ces cas inté-

rieurs incombera au chef de service. Tel sera le progrès de la science qui aura pour effet de décupler l'autorité des médecins en centuplant leur responsabilité.

Dans un très intéressant travail (1888) sur la façon dont il a su utiliser les baraquements des varioleux de Saint-Louis, pour en faire des salles de chirurgie modèle sans dépenser beaucoup d'argent, M. Lucas-Championnière, étendant son sujet et prenant à partie les médecins, leur reproche de ne pas assez faire d'antisepsie dans leurs services de médecine. Un jour viendra bientôt, dit-il en substance, où les cas intérieurs dans un service de médecine seront attribuables à l'incurie du médecin traitant, et il n'hésite pas à dire qu'il vaut mieux l'antisepsie sans isolement que l'isolement sans antisepsie. Cette hardie profession de foi a soulevé d'ardentes discussions; mais, si l'on se rappelle qu'elle émane du savant qui a importé en France l'antisepsie chirurgicale et

obstétricale, il y a lieu de ne pas la considérer comme une parole dénuée de fondement.

Nous n'avons pas à plaider la cause de l'isolement, nous pensons que jointe à l'antisepsie elle est d'une utilité incontestable à l'égard des maladies contagieuses. Mais nous pensons aussi que, si l'on employait l'antisepsie, l'isoment aurait besoin d'être beaucoup moins absolu que ne l'exigent les partisans de l'isolement à outrance, et qu'à la rigueur l'espace de quelques mètres, de quelques lits, dans une salle d'hôpital, mettrait les malades à l'abri de la contagion des diverses maladies à étiologie si obscure de notre septième série.

De même qu'un isolement encore plus insignifiant combiné à une antisepsie bien faite les protège contre toutes les autres affections contagieuses de nos cinq premières séries.

Malgré ces promesses de l'hygiène et de la thérapeutique antiseptique future, il n'en est pas moins vrai que, dans l'état actuel de nos

connaissances, la prophylaxie des maladies de notre septième série est infiniment plus difficile que celle de nos trois premières, et que, d'une façon générale, la difficulté de s'opposer à la propagation des maladies contagieuses va constamment en augmentant, à mesure que nous passons des maladies de la première série à celles de la deuxième, puis de celles de la deuxième à celles de la troisième, et, enfin, à celles de la septième. C'est ce point que nous voulions démontrer pour légitimer une fois de plus la classification proposée.

CHAPITRE XI

Germes morbides et agents de transmission

L'hygiène, avons-nous dit au début de ce travail, aurait tout à gagner si l'on venait à démontrer l'exactitude de cette proposition :

Dans toute maladie contagieuse, il faut viser plus spécialement les excrétions du malade ; ce sont elles qui, selon toute apparence, recèlent les germes morbides et sont les agents de transmission.

Nul doute que le pus du chancre mou, de la blennorrhagie, des plaies infectées, que les lochies fétides des métrites et péritonites puerpérales ne soient le substratum des agents infectieux de ces diverses maladies. De même, c'est le pus du chancre syphilitique,

c'est la sérosité des plaques muqueuses qui est l'agent de transmission de la syphilis. C'est aussi le pus de l'anthrax, du furoncle et de l'ecthyma qui recèle les microbes pathogènes, à preuve : l'ordre d'apparition dans les parties déclives de tous les furoncles qui succèdent à un premier.

Dans la tuberculose, ce sont les crachats qui sont surtout dangereux, l'air expiré par les malades étant absolument inoffensif (Straus, Dubreuilh, Grancher, de Gennes). Dans la diphtérie cutanée, c'est également la sérosité incolore et fétide de la plaie diphtéritique qui sème la maladie sur le sujet atteint. « On ne voit pas, dit Trousseau, la diphtérie remonter du bras à l'épaule, ni de la nuque au cuir chevelu ; elle descend au contraire de la nuque au dos, du dos aux lombes, etc. »

Dans la rage des rues, la salive du chien rabique paraît bien être le véhicule du contage ; dans la morve, c'est la sécrétion nasale du

cheval qu'il faut redouter. Dans le charbon, les excrétions sanguinolentes qui sortent de l'anus, du nez des grands animaux ne sont pas négligeables comme agents de contamination. Dans la dysenterie, le choléra et la fièvre typhoïde, ce sont les selles des malades qui semblent recéler, au plus haut point, tous les dangers de transmission.

Dans la variole, la scarlatine et la suette, ce sont surtout les excrétions cutanées, les lamelles épidermiques. Nous connaissons un cas de scarlatine transmis dans une lettre adressée à sa sœur par un convalescent de scarlatine et qui recélait un superbe lambeau d'épiderme que le malade envoyait à titre de curiosité.

Qui sait enfin, pour la rougeole et la grippe, si le contage ne se confine pas surtout dans la sécrétion nasale du début.

Or, chose à noter, dans ces diverses maladies contagieuses, c'est précisément la sécrétion dangereuse qui est exagérée (salive dans la

rage, sueur dans la suette, coryza dans la morve, la rougeole et la grippe, desquamation dans la scarlatine, expectoration dans la tuberculose pulmonaire, diarrhée dans la fièvre typhoïde, le choléra et la dysenterie). *Ubi dolor, ibi fluxus*, disaient nos anciens ; on pourrait ajouter : *Ubi fluxus, ibi periculum*, comme si la nature voulait indiquer à l'hygiéniste dans quel sens il doit diriger ses efforts pour prévenir la contagion.

Ce sont toutes ces sécrétions pathologiques qu'il faut atteindre par l'antisepsie au moment même de leur apparition, si l'on veut faire toujours de la bonne et facile prophylaxie. On peut du même coup, en les poursuivant sur le malade lui-même, faire d'excellente thérapeutique. Mais nous nous garderions bien de généraliser cette proposition, car nous serions, à juste titre, accusé de préconiser la thérapeutique du symptôme, c'est-à-dire la thérapeutique à courte vue.

CHAPITRE XII

Résumé

En résumé, notre tendance scientifique, au double point de vue de la thérapeutique et de la prophylaxie des maladies contagieuses, serait :

1° De penser pathogéniquement, en cherchant dans toutes les maladies contagieuses la porte d'entrée et la durée plus ou moins saisissable de la période locale, en concentrant tous les efforts de l'intervention sur cette porte et sur cette période, en s'ingéniant à trouver pour chaque maladie à sa période locale l'antiseptique qui lui convient le mieux et surtout les moyens mécaniques qui permettent le mieux d'enlever, au fur et à mesure de sa production,

l'agent morbigène ou les produits toxiques qu'il sécrète ;

2° De considérer les maladies contagieuses comme très peu diffusibles, comme véhiculées le plus souvent par un intermédiaire autre que l'air atmosphérique. Leur diffusion épidémique serait donc théoriquement très évitable, surtout si l'on veut bien diriger les diverses ressources de l'antisepsie, envisagée dans son sens le plus large, contre les excrétions et les sécrétions morbides, contre tout ce qui *sort* visiblement des malades, si l'on ose employer cette formule un peu grossière pour donner plus de précision à la pensée et plus de vigueur à l'expression.

L'hygiéniste, en un mot, doit surveiller la sortie des agents de contamination avec le même soin que le clinicien doit mettre à en surveiller l'entrée.

TABLE DES MATIÈRES

Tours, imp. Deslis Frères, rue Gambetta, 6.

LEFERT (P.) — **Aide-mémoire de clinique médicale** et de diagnostic. 1892. 1 vol. in-12, cartonné .... 3 fr. »

— **La pratique journalière des hôpitaux de Paris.** Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée. 2e *édition*, 1892. 1 vol. in-16 de 300 pages, cartonné.... 3 fr. »

MACÉ (E.). — **Traité pratique de bactériologie,** par E. MACÉ, professeur à la Faculte de médecine de Nancy. 2e *édition*. 1 vol. in-8 de 744 pages, avec 200 figures.... 10 fr. »

MANQUAT (A.). — **Traité élémentaire de thérapeutique,** de matière médicale et de pharmacologie, par le Dr A. MANQUAT, répétiteur de thérapeutique et de matière médicale à l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon. 1892. 2 vol. in-8, ensemble, 1,428 pages .... 18 fr. »

MIDDENDORP. — **Le remède de Koch.** 1891, gr. in-8. 2 fr. »

— **Nouvelles études sur les bacilles tuberculeux.** 1891, grand in-8.................................. 1 fr. »

ROUX (G.). — **Précis d'analyse microbiologique des eaux,** suivi de la description et de la diagnose des espèces bactériennes des eaux, par le Dr Gabriel ROUX, directeur du Bureau municipal d'Hygiène de la ville de Lyon. Introduction par M. ARLOING, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 1892. 1 vol. in-18 de 404 pages, avec 73 fig., cart.. 5 fr. »

SCHMITT (J.). — **Microbes et maladies,** par le Dr J. SCHMITT. 1 vol. in-16, avec 24 figures (*Bibliothèque scientifique contemporaine*) .... 3 fr. 50

TRÉLAT (U.). — **Clinique chirurgicale,** par U. TRÉLAT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité. 2 vol. gr. in-8 de 800 pages, avec figures.......................... 30 fr. »

VERNEUIL (A.) et STRICKER (S.). — **Pathologie chirurgicale générale,** maladies infectieuses et virulentes. par A. VERNEUIL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, S. STRICKER, professeur à l'Université de Vienne, etc. 1890. 1 vol. gr. in-8 de 784 pages à 2 col., avec 99 figures .... 17 fr. 50

VILLEMIN. — **Etudes sur la tuberculose,** preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculation. 1 vol. in-8 de 640 pages......................... 8 fr. »

VINAY. — **Manuel d'asepsie,** stérilisation et désinfection par la chaleur, application à la chirurgie, à l'obstétrique et à la médecine, par le Dr VINAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-18 jésus, de 532 pages, avec 74 figures, cartonné .... 8 fr. »

Bulletin mensuel des nouvelles publications de la

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

Rue Hautefeuille, 19, près le boulevard St-Germain, à Paris

NOVEMBRE 1891

NOUVELLES PUBLICATIONS

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par le Dr A. MANQUAT, répetiteur de thérapeutique à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon. 2 vol. in-8.............. 18 fr.

Manipulations de Physiologie, par Léon FRÉDÉRICQ, professeur à l'Université de Liège. 1 vol. in-8 de 250 p., avec 150 fig., cart.... 10 fr.

Manipulations de zoologie. Vertébrés. par le Dr Paul GIROD, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand et à l'Ecole de médecine. 1 vol. in-8, 200 p., avec 32 pl. noires et col., cart..... 10 fr.

Anatomie de physiologie animales, par Mathias DUVAL, professeur à la Faculté de medecine, et Paul CONSTANTIN, professeur au Lycée de Rennes. 1 vol. in-8, 520 p., avec 472 fig........................ 6 fr.

Précis de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacie vétérinaires, par P. CAGNY, président de la Société centrale. 1 vol, in-18 jésus, 800 p., avec 102 fig., cart.................................... 8 fr.

Précis d'analyse microbiologique des eaux, par le Dr Gabriel ROUX, directeur du Bureau municipal d'hygiène de la ville de Lyon. 1 vol. in-18 jésus de 400 p., avec 80 fig., cart................... 5 fr.

Nouveaux éléments de pharmacie, par ANDOUARD, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. 4e *édition*, revue et corrigée. 1 vol. gr. in-8 de 1,000 p., avec 150 fig.................................. 18 fr.

Clinique chirurgicale, par U. TRÉLAT, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. gr. in-8, de chacun 800 p., avec fig........ 30 fr.

Manipulations de botanique médicale et pharmaceutique, iconographie histologique des plantes médicinales, par J. HÉRAIL, agrégé des Ecoles de pharmacie et V. BONNET, préparateur des travaux micrographiques à l'Ecole de pharmacie. Préface par G. PLANCHON, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 320 p., avec 223 fig. et 36 pl. en couleur, cart.................................... 20 fr.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par le professeur F. GROSS, et les professeurs agrégés ROHMER et VAUTRIN, de la Faculté de Nancy. 3 vol. in-8 de chacun 1000 p... 36 fr.

Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales, par le Dr LENNOX-BROWNE, chirurgien des hôpitaux de Londres, traduit par le Dr AIGRE. Préface par le Dr GOUGUENHEIM, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 650 p., avec 242 fig. et 2 pl. col................. 12 fr.

Manuel d'asepsie, par le Dr VINAY, agrégé à la Faculté de Lyon. 1 vol. in-18 de 532 p. avec 74 fig., cart............................ 8 fr.

Les substances alimentaires étudiées au point de vue de leurs altérations et de leurs falsifications, par E. MACÉ, professeur à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-8, de 500 p., avec 402 fig. et 24 pl. col....... 14 fr.

Le laboratoire de toxicologie, méthodes d'expertises toxicologiques, travaux du laboratoire, par le professeur P. BROUARDEL et J. OGIER. 1 vol. gr. in-8 de 240 p., avec 30 fig.......................... 8 fr.

Les oiseaux utiles, par TROUESSART. Aquarelles par Léo Paul ROBERT. 1 vol. in-4 de 100 p., avec 44 pl. en couleur.................. 35 fr.

L'amateur d'oiseaux de volière, par H. MOREAU. 1 vol. in-16, 432 p. avec 51 figures.. 5 fr.

Les coquilles marines des côtes de France, par Arnould LOCARD. 1 vol. gr. in-8, 384 p., avec 348 fig.............................. 18 fr.

BIBLIOTHÈQUE SCIENTIFIQUE CONTEMPORAINE

A 3 FR. 50 LE VOLUME

*Nouvelle collection de volumes in-*16, *comprenant* 300 *à* 400 *pages* imprimés en caractères elzéviriens et illustrés de figures intercalées dans le texte

100 volumes sont publiés

ACLOQUE (A.). **Les champignons,** au point de vue biologique, économique et taxonomique. 1 vol. in-16, 320 p , avec 60 fig..... 3 fr. 50

AZAM. Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité, par le Dr AZAM, professeur à la Faculté de Bordeaux. Préface par le professeur CHARCOT, de l'Institut. 1 vol. in-16... 3 fr. 50

BARTHELEMY (A.-J.-C.). **L'examen de la vision** devant les conseils de revision et de réforme, dans la marine et dans l'armée, par le docteur BARTHÉLEMY, directeur du service de santé de la marine à Toulon. 1 vol. in-16, avec fig. et pl. col .... 3 fr. 50

BAYE (J. DE). **L'archéologie préhistorique,** par le baron J. DE BAYE. 1 vol. in-16 de 340 pages, avec 51 fig .... 3 fr. 50

BEAUNIS. Le somnambulisme provoqué, études physiologiques et psychologiques, par H. BEAUNIS, professeur à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-16.. 3 fr. 50

— **L'évolution du système nerveux.** 1 vol. in-16 de 320 p., avec 237 fig.. 3 fr. 50

BERGERET. L'alcoolisme, dangers et inconvénients pour l'individu, la famille et la société. 1 vol. in-16 de 380 p.................. 3 fr. 50

BERNARD (CLAUDE). **La science expérimentale,** par Claude BERNARD, de l'Académie des sciences et de l'Académie française. 3e *édition.* 1 vol. in-16 de 449 p., avec 19 fig........................... 3 fr. 50

BLEICHER. Les Vosges, le sol et les habitants, par G. BLEICHER, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole de Nancy. 1 vol. in-16 de 320 p., avec 28 fig.. 3 fr. 50

BONNEJOY. Le végétarisme et le régime végétarien rationnel. Introduction par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ. 1 vol. in-16 de 320 p.. 3 fr. 50

BOUANT. La galvanoplastie, le nickelage, l'argenture, la dorure et l'électro-métallurgie. 1 vol. in-16 de 308 p., avec 34 fig....... 3 fr. 50

BOUCHUT. La vie et ses attributs, dans leurs rapports avec la philosophie et la médecine, par E. BOUCHUT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 444 p..................... 3 fr. 50

BOURRU et BUROT. La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses, par BOURRU ET BUROT, professeurs à l'Ecole de Rochefort. 1 vol. in-16 de 312 p., avec 10 pl.. 3 fr. 50

— **Variations de la personnalité.** 1 vol. in-16 de 316 p., avec 15 pl.. 3 fr. 50

BROUARDEL. Le secret médical. Honoraires, mariage, assurances sur la vie, déclaration de naissance, expertise, témoignage, etc., par P. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 300 p .... 3 fr 50

BRUCKE et SCHUTZENBERGER (de l'Institut). **Les couleurs,** au point de vue physique, physiologique, artistique et industriel. 1 vol. in-16 de 344 p., avec 46 fig .... 3 fr. 50

CAZENEUVE. La coloration des vins par les couleurs de la houille. Méthode analytique et marche systématique pour reconnaître la nature de la coloration, par P. CAZENEUVE, professeur à la Faculté de Lyon. 1 vol. in-16 de 316 p............................. 3 fr. 50

CHARPENTIER (A.). **La lumière et les couleurs**, au point de vue physiologique. par A. Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-16 de 352 p., avec 22 figures............ 3 fr. 50

COLLINEAU. L'hygiène à l'école, pédagogie scientifique. 1 vol. in-16 de 314 p., avec 50 fig.................................. 3 fr. 50

COMTE (Auguste) **et LITTRE** (de l'Institut). **Principes de philosophie positive.** 1 vol. in-16.................................. 3 fr. 50

COTTEAU (G.). **Le préhistorique en Europe**, congrès, musées, excursions, par G. Cotteau, correspondant de l'Institut. 1 vol. in-16 de 313 p., avec 87 fig.................................. 3 fr. 50

COUVREUR (E.). **Le microscope et ses applications** à l'étude des animaux et des végétaux, par Ed. Couvreur, chef des travaux à la Faculté des sciences de Lyon. 1 vol. in-16 de 350 p., avec 112 fig. 3 fr. 50

— **Les exercices du corps**, le développement de la force et de l'adresse, étude scientifique. 1 vol. in-16 de 351 p., avec 59 fig......... 3 fr. 50

— **Les merveilles du corps humain**, structure et fonctions. 1 vol. in-16, avec 100 figures.................................. 3 fr. 50

CULLERRE. Nervosisme et névroses. Hygiène des énervés et des névropathes. 1 vol. in-16 de 322 p.......................... 3 fr. 50

— **Magnétisme et hypnotisme.** Exposé des phénomènes observés pendant le sommeil nerveux provoqué, au point de vue clinique, psychologique, thérapeutique et médico-légal. 1 vol. in-16 de 358 p., 28 fig. 3 fr. 50

— **Les frontières de la folie.** 1 vol. in-16 de 360 p....... 3 fr. 50

DALLET (G.). **Les merveilles du ciel**, par G. Dallet. 1 vol. in-16 de 372 p., avec 74 fig.................................. 3 fr. 50

— **La prévision du temps** et les prédictions météorologiques. 1 vol. in-16 de 336 p., avec 39 fig.................................. 3 fr. 50

DEBIERRE. L'homme avant l'histoire, par Ch. Debierre, prof. à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-16 de 304 p., 84 fig.. 3 fr. 50

DOLLO. La vie au sein des mers, par L. Dollo, aide-naturaliste au Musée d'histoire naturelle de Bruxelles. 1 vol. in-16 de 304 p., avec 47 fig.................................. 3 fr. 50

DONNE (A.). **Hygiène des gens du monde**, par A. Donne. inspecteur général des Ecoles de médecine. 2e *édit.* 1 vol. in-16, 448 p. 3 fr. 50

DUCLAUX. Le lait. Etudes chimiques et microbiologiques, par Duclaux, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut. 1 vol. in-16 de 336 p., avec fig.................................. 3 fr. 50

DU MESNIL. L'hygiène à Paris, l'habitation du pauvre. Préface par J. Simon, de l'Académie française. 1 vol. in-16............ 3 fr. 50

DUVAL (Mathias). **La technique microscopique et histologique.** Introduction pratique à l'anatomie générale, par Mathias Duval, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 313 pages, avec 43 fig.................................. 3 fr. 50

FERRY de la BELLONE. La Truffe. Etude sur les truffes et les truffières, par le docteur Ferry de la Bellone. 1 vol. in-16 de 312 p., avec 21 fig.................................. 3 fr. 50

FOLIN (de). **Sous les mers.** Campagnes d'explorations du *Travailleur*, et du *Talisman*, par le marquis de Folin, membre de la Commission des dragages. 1 vol. in-16 de 340 p., avec 45 fig. .... 3 fr. 50

— **Bateaux et navires**, les embarcations de pierre, les transports, les navires de commerce et de guerre, les flotteurs de plaisance, les flotteurs sous-marins, progrès de la construction navale à tous les âges et dans tous les pays. 1 vol. in-16, avec 150 fig.......................... 3 fr. 50

FOUQUE. Les tremblements de terre, par Fouqué, professeur au Collège de France, membre de l'Institut. 1 vol. in-16 de 328 p., avec 44 fig.................................. 3 fr. 50

FOVEAU de COURMELLES. Les facultés mentales des animaux. 1 vol. in-16 de 350 p., avec fig. . . . . 3 fr. 50

FOVILLE. Les nouvelles institutions de bienfaisance, les dispensaires pour enfants malades, l'hospice rural, par A. FOVILLE, inspecteur général des établissements de bienfaisance. 1 vol. in-16 de 300 p., avec 10 pl. . . . . 3 fr. 50

FRANCOTTE. L'anthropologie criminelle par X. FRANCOTTE, professeur à l'Université de Liege. 1 vol. in-16 de 320 p., avec 50 fig. 3 fr. 50

FREDERICQ (L.). **La lutte pour l'existence** chez les animaux marins, par L. FRÉDÉRICQ, professeur à l'Université de Liège. 1 vol. in-16 de 303 p., avec 37 fig. . . . . 3 fr. 50

GADEAU de KERVILLE. Les animaux et les végétaux lumineux. 1 vol. in-16 de 327 p., avec 49 fig. . . . . 3 fr. 50

GALEZOWSKI et KOPFF. Hygiène de la vue, par les docteurs GALEZOWSKI et KOPFF. 1 vol. in-16 de 328 p., avec 44 fig. . . . . . 3 fr. 50

GARNIER (L.). **Ferments et fermentations**, étude biologique des ferments, rôle des fermentations dans la nature et dans l'industrie, par Léon GARNIER, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-16 de 318 p., avec 65 fig. . . . . 3 fr. 50

GARNIER (P.). **La folie à Paris**, par P. GARNIER, médecin en chef de l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police. 1 vol. in-16, 415 p. 3 fr. 50

GAUDRY. Les ancêtres de nos animaux dans les temps géologiques, par Albert GAUDRY, professeur au Muséum, membre de l'Institut, 1 vol. in-16 de 300 p., avec 49 fig. . . . . 3 fr. 50

GAUTIER (ARM.). **Le cuivre et le plomb** dans l'alimentation et l'industrie, au point de vue de l'hygiène, par A. GAUTIER, prof. à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. 1 vol. in-16 de 310 p. 3 fr. 50

GIRARD. Les abeilles, organes et fonctions, éducation et produits, miel et cire, par Maurice GIRARD, président de la Société entomologique de France. 3e *édition*. 1 vol. in-16 de 320 p., avec 85 fig. . . . . 3 fr. 50

GIROD. Les societés chez les animaux. par P. GIROD, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand. 1 vol. in-16 de 320 p., avec 50 fig. . . . . 3 fr. 50

GRAFFIGNY (H. DE). **La navigation aérienne** et les ballons dirigeables. 1 vol. in-16 de 343 p., avec 44 fig. . . . . 3 fr. 50

GREHANT. Les poisons de l'air, l'acide carbonique et l'oxyde de carbone, asphyxies et empoisonnements, par N. GRÉHANT, aide-naturaliste au Muséum. 1 vol. in-16 de 320 p., avec fig. . . . . 3 fr. 50

GUERIN (A.). **Les pansements modernes**, le pansement ouaté et ses applications à la thérapeutique chirurgicale, par A. GUÉRIN, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 392 p., avec fig. . . 3 fr. 50

GUIMBAIL. Les morphinomanes. Comment on devient morphinomane, les prédestinés, éphémère volupté et supplices durables, désordres physiques et troubles de l'intelligence, médecine légale, traitement. 1891, 1 vol. in-16 de 320 p. . . . . 3 fr. 50

GUN (le colonel). **L'électricité appliquée à l'art militaire**, par le colonel GUN. 1 vol. in-16 de 380 p., avec 140 fig. . . . . 3 fr. 50

— **L'artillerie actuelle**, canons, poudres, fusils et projectiles, par le colonel GUN. 1 vol. in-16 de 316 p., avec 96 fig. . . . . 3 fr. 50

HAMONVILLE (D'). **La vie des oiseaux**, scènes d'après nature. 1 vol. in-16 de 400 p., avec 17 pl. . . . . 3 fr. 50

HERPIN. La vigne et le raisin, histoire botanique et chimique, effets physiologiques et thérapeutiques. 1 vol. in-16 de 362 p. 3 fr. 50

HERZEN. Le cerveau et l'activité cérébrale, au point de vue psycho-physiologique, par A. HERZEN, professeur à l'Académie de Lausanne. 1 vol. in-16 de 312 p. . . . . 3 fr. 50

HOUSSAY. Les industries des animaux, par F. Houssay, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure. 1 vol. in-16 de 312 p., avec 38 fig. . . . . 3 fr. 50
HUXLEY. Les sciences naturelles et l'éducation, par Th. Huxley, membre de la Société royale de Londres. 1 vol. in-16 de 3 0 p. 3 fr. 50
— **La place de l'homme dans la nature.** 1 vol. in-16 de 320 p., avec 84 fig. . . . . 3 fr. 50
— **L'origine des espèces et l'évolution.** 1 vol. in-16 de 320 p. 3 fr. 50
— **Les problèmes de la géologie et de la paléontologie.** 1 vol. in-16 de 320 p., avec 34 fig. . . . . 3 fr. 50
— **Les problèmes de la biologie.** 1 vol. in-16. . . . . 3 fr. 50
IMBERT. Les anomalies de la vision, par Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-16. 365 p., 48 fig. 3 fr. 50
JOURDAN (E.). Les sens chez les animaux inférieurs, par E. Jourdan, professeur à la Faculté des sciences de Marseille. 1 vol. in-16 de 314 p., avec 48 fig. . . . . 3 fr. 50
KNAB (M.). Les minéraux utiles et l'exploitation des mines, par M. Knab, répétiteur à l'Ecole centrale des arts et manufactures. 1 vol. in-16 de 392 p., avec fig. . . . . 3 fr. 50
LARBALETRIER (A.). L'alcool au point de vue chimique, agricole, industriel, hygiénique et fiscal, par A. Larbalétrier, prof. à l'Ecole d'Agriculture du Pas-de-Calais. 1 vol. in-16 de 312 p., 62 fig. . . . 3 fr. 50
LEFEVRE (J.). La Photographie et ses applications aux sciences, aux arts et à l'industrie, par Julien Lefèvre, professeur à l'Ecole des sciences de Nantes. 1 vol. in-16 de 381 p., avec 95 fig. . . . . 3 fr. 50
LELUT. Le génie, la raison et la folie, le démon de Socrate, application de la science psychologique à l'histoire, par L.-F. Lélut, membre de l'Institut. 1 vol. in-16 de 348 p. . . . . 3 fr. 50
LOCARD (A.). Les huîtres et les mollusques comestibles, moules, praires, clovisses, escargots, etc. Histoire naturelle, culture industrielle, hygiène alimentaire. 1 vol. in-16 de 350 p., avec 97 fig. 3 fr. 50
LORET. L'Egypte au temps des Pharaons, la vie, la science et l'art, par Loret, maître de conférences à la Faculté des lettres de Lyon. 1 vol. in-16 de 316 p., avec 18 pl. . . . . 3 fr. 50
LOVERDO. Les maladies cryptogamiques des céréales, par J. Loverdo, ingénieur agronome. 1 vol. in-16, avec 50 fig. . . . . 3 fr. 50
LUYS (J.). Hypnotisme expérimental. Les émotions dans l'état d'hypnotisme et l'action à distance des substances médicamenteuses ou toxiques, par J. Luys, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 320 p., avec 28 pl. . . . . 3 fr. 50
MONIEZ (L.). Les parasites de l'homme (animaux et végétaux), par L.-R. Moniez, professeur à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-16 de 307 p., avec 72 fig. . . . . 3 fr. 50
MONTILLOT. La télégraphie actuelle en France et à l'Etranger, lignes, réseaux, appareils, téléphones, par Montillot, directeur de télégraphie militaire. 1 vol. in-16 de 334 p., avec 131 fig. . . . . 3 fr. 50
— **La lumière électrique**, générateurs, foyers, distribution, applications. 1 vol. in-16 de 408 p., avec 190 fig. . . . . 3 fr. 50
MOREAU (P., de Tours). La folie chez les enfants. 1 vol. in-16 de 444 p. . . . . 3 fr. 50
— **Fous et bouffons**, étude physiologique, psychologique et historique. 1 vol. in-16 de 300 p. . . . . 3 fr. 50
PERRIER (Ed.). Le transformisme, par Edmond Perrier, professeur au Muséum d'histoire naturelle. 1 vol. in-16 de 344 p., 88 fig. 3 fr. 50
PLANTÉ (G.). Phénomènes électriques de l'atmosphère, par G. Planté, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-16 de 323 p., 50 fig. . 3 fr. 50

PLYTOFF (G.). **Les sciences occultes.** Divination, Calcul des probabilités, Oracles et Sorts, Songe, Graphologie, Chiromancie, Phrenologie, Physiognomonie, Cryptographie, etc. 1 vol. in-16, avec 150 fig.. 3 fr. 50

— **La magie**, les lois occultes, la théosophie, l'initiation, le magnétisme, le spiritisme, la sorcellerie, le sabbat, l'alchimie, la kabbale, l'astrologie. 1 vol. in-16, avec 80 fig.. 3 fr. 50

PRIEM. L'évolution des formes animales avant l'apparition de l'homme, par F. PRIEM, agrégé des sciences naturelles, professeur au Lycée Henri IV. 1 vol. in-16 de 380 p., avec 175 fig.......... 3 fr. 50

QUATREFAGES. Les pygmées. Les pygmées des anciens d'après la science moderne, les Negrilos ou pygmées asiatiques, les Négrilles ou pygmées africains, les Hottentots et Boschimans, par A. DE QUATREFAGES, professeur au Muséum, membre de l'Institut. 1 vol. in-16 de 350 p., avec 31 fig.. 3 fr. 50

RAVENEZ. La vie du soldat, au point de vue de l'hygiène, par le Dr RAVENEZ, médecin-major à l'Ecole de cavalerie de Saumur. 1 vol. in-16 de 375 p., avec 55 fig................................ 3 fr. 50

RENAULT (B.). **Les plantes fossiles**, par B. RENAULT, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle. 1 vol. in-16 de 400 p., avec 53 fig.. 3 fr. 50

RÉVEILLÉ-PARISE et CARRIÈRE. Hygiène de l'esprit, physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux intellectuels, gens de lettres, artistes, savants, hommes d'Etat, jurisconsultes, administrateurs, par J.-H. RÉVEILLÉ-PARISE, membre de l'Académie de médecine, et Ed. CARRIÈRE, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-16 de 435 p... 3 fr. 50

— **La goutte et les rhumatismes.** 1 vol. in-16 de 306 p.. 3 fr. 50

RIANT. Les irresponsables devant la justice, par le Dr A. RIANT. 1 vol. in-16 de 306 p.. 3 fr. 50

— **Hygiène des orateurs**, hommes politiques, magistrats, avocats, prédicateurs, professeurs, artistes et de tous ceux qui sont appelés à parler en public. 1 vol. in-16 de 500 p................................ 3 fr. 50

— **Le surmenage intellectuel** et les exercices physiques. 1 vol. in-16 de 312 p.. 3 fr. 60

SAPORTA (A. DE). **Les théories et les notations de la chimie moderne**, par A. DE SAPORTA. Introduction par C. FRIÉDEL, membre de l'Institut. 1 vol. in-16 de 336 p................................ 3 fr. 50

SAPORTA (G. DE). **Origine paléontologique des arbres cultivés ou utilisés par l'homme**, par G. DE SAPORTA, correspondant de l'Institut de France. 1 vol. in-16 de 360 p., avec 44 fig....... 3 fr. 50

SCHMITT. Microbes et maladies, par J. SCHMITT, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-16, de 300 p., 24 fig. 3 fr. 50

SCHŒLLER. Les chemins de fer, par H. SCHŒLLER, ingénieur des arts et manufactures, inspecteur de l'exploitation du chemin de fer du Nord. 1 vol. in-16 de 320 p., avec 80 fig........................ 3 fr. 50

SIMON. Les maladies de l'esprit. 1 vol. in-16 de 350 p... 3 fr. 50

— **Le monde des rêves.** Le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, etc., par P.-Max. SIMON, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Lyon. 2e *édition*. 1 vol. in-16 de 325 p.. 3 fr. 50

TROUESSART. La géographie zoologique. 1 vol. in-16 de 350 p. avec 100 fig.. 3 fr. 50

VUILLEMIN. La biologie végétale, par P. VUILLEMIN, chef des travaux d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-16 de 380 p., avec 82 fig................................ 3 fr. 50

BIBLIOTHÈQUE DES CONNAISSANCES UTILES

A 4 FR. LE VOLUME CARTONNÉ

Collection de volumes in-16 comprenant 400 pages, illustrés et cartonnés

40 Volumes sont en vente

La Bibliothèque des Connaissances utiles a pour but de vulgariser les notions usuelles que fournit la science et les applications sans cesse plus nombreuses qui en découlent pour les Arts, l'Industrie et l'Économie domestique. Son cadre comprend donc l'universalité des sciences en tant qu'elles présentent une utilité pratique, au point de vue, soit du bien-être, soit de la santé. C'est ainsi qu'elle abordera les sujets les plus variés : *indusdustrie manufacturière, art de l'ingénieur, chimie, électricité, agriculture, horticulture, élevage, économie domestique, hygiène et médecine usuelles*, etc.

Ceux qui voudront bien recourir à cette *Bibliothèque*, et la consulter au jour le jour, suivant les besoins du moment, trouveront intérêt et profit à le faire, car ils y recueilleront nombre de renseignements pratiques, d'une utilité générale et d'une application journalière.

BEAUVISAGE. Les matières grasses, caractères, falsifications et essai des huiles, beurres, graisses, suifs, et cire. 1 vol. in-16 de 324 p., avec 90 fig., cart. . . . 4 fr.

BEL (J.). **Les maladies de la vigne** et les meilleurs cépages français et américains. 1 vol. in-16 de 306 p., avec 111 fig., cart. . . . 4 fr.

BELLAIR (G.). **Les arbres fruitiers.** 1 vol. in-16 de 306 p., avec 100 fig., cart. . . . 4 fr.

BOIS (D.). **Le petit jardin** par D. Bois, aide-naturaliste de la chaire de culture au Muséum. 1 vol. in-16 de 352 p., avec 149 fig., cart. 4 fr.

— **Les plantes d'appartement et les plantes de fenêtres.** 1 vol. in-16 de 360 p., avec 150 fig., cart. . . . 4 fr.

BREVANS (J. de). **La fabrication des liqueurs et des conserves** par J. DE BREVANS, chimiste principal au Laboratoire municipal de Paris. Introduction par Ch. GIRARD, directeur du Laboratoire municipal, 1 vol. in-16 de 392 p., avec 60 fig., cart. . . . 4 fr.

— **Les aliments.** 1892, 1 vol. in-16 de 350 p., avec fig., cart. . . . 4 fr.

BUCHARD. Les constructions agricoles et l'architecture rurale. 1 vol. in-16 de 392 p., avec 143 fig., cart. . . . 4 fr.

— **Le matériel agricole.** Machines, outils, instruments employés dans la grande et la petite culture. 1 vol. in-16, 384 p, 142 fig., cart. . . 4 fr.

CAMBON. Le vin et la pratique de la vinification. 1 vol. in-18 jésus, 320 pages, avec 50 fig., cart. . . . 4 fr.

DALTON. Physiologie et hygiène des écoles, des collèges et des familles. 1 vol. in-16 de 354 p., avec 68 fig., cart. . . . 4 fr.

DONNÉ (A.). **Conseils aux mères** sur la manière d'élever les enfants nouveau-nés. 7e *édition*. 1 vol. in-16 de 378 p., cart. . . . 4 fr.

DUJARDIN (Jules). **Essai commercial des vins.** 1 vol. in-16 de 340 p., avec 75 fig., cart. . . . 4 fr.

ESPANET. La pratique de l'homéopathie simplifiée. 3e *édition*. 1 vol. in-16 de 440 p., cart. . . . 4 fr.

FERRAND et DELPECH. Premiers secours en cas d'accidents et d'indispositions subites. 4e *édition*. 1 vol. in-16 de 342 p., avec 86 fig., cart. . . . 4 fr.

FERVILLE. L'Industrie laitière, le lait, le beurre et les fromages. 1 vol. in-16 de 384 p., avec 87 fig., cart. . . . 4 fr.

GOBIN (A.). **La pisciculture en eaux douces.** 1 vol. in-16 de 360 p., avec 93 fig., cart. . . . 4 fr.

— **La pisciculture en eaux salées.** 1 vol. in-16 de 360 p., avec 50 fig., cart. . . . 4 fr.

GRAFFIGNY (de). **Les industries d'amateurs,** le papier, le bois, le verre, la porcelaine et le fer. 1 vol. in-16, avec 180 fig., cart. 4 fr.

GUYOT. Les animaux de la ferme. 1 vol. in-16 de 344 p., avec 146 fig., cart. . . . 4 fr.

HALPHEN. La pratique des essais commerciaux et industriels, par G. Halphen, chimiste au Laboratoire du ministère du commerce. Matières minérales : 1 vol. Matières organiques : 1 vol. Chaq. vol.. 4 fr.

HERAUD. Les secrets de l'alimentation. 1 vol. in-16 de 400 p., avec 150 fig., cart. 4 fr.

— **Les secrets de l'économie domestique** à la ville et à la campagne, recettes, formules et procédés d'une utilité générale et d'une application journalière. 1 vol. in-16 de 381 p., avec 241 fig., cart. 4 fr.

— **Les secrets de la science et de l'industrie,** recettes, formules et procédés d'une utilité générale et d'une application journalière. 1 vol. in-16 de 366 p., avec 165 fig., cart. 4 fr.

LACROIX-DANLIARD. La plume des oiseaux, histoire naturelle et industrie. 1 vol. in-16 de 350 p., avec 100 fig., cart. 4 fr.

LARBALÉTRIER. Les engrais et leur application à la fertilisation du sol. 1 vol. in-16 de 360 p., avec 63 fig., cart. 4 fr.

LEBLOND et BOUVIER. La gymnastique, et les exercices physiques. 1 vol. in-16 de 492 p., avec 80 fig., cart. 4 fr.

LEFEVRE. L'électricité à la maison. 1 vol. in-16 de 396 p., avec 209 fig., cart. 4 fr.

LOCARD. La pêche et les poissons d'eau douce. 1 vol. in-16 de 360 p., avec 150 fig., cart. 4 fr.

MONTSERRAT (de) **et BRISSAC. Le gaz,** éclairage, chauffage, force motrice. 1 vol. in-16 de 350 p., avec 150 fig., cart. 4 fr.

MONTILLOT (Ph.). **L'amateur d'insectes,** caractères et mœurs des insectes, chasse, préparation et conservation des collections. Introduction par le professeur Laboulbène, ancien président de la Société entomologique. 1 vol. in-16 de 350 p., avec 150 fig., cart. 4 fr.

— **Les insectes nuisibles.** 1 vol. in-16 de 350 p., avec 150 fig., cartonné. 4 fr.

PIESSE (S.). **Histoire des parfums et hygiène de la toilette,** poudre, vinaigre, dentifrices, fards, teintures, cosmétiques, etc. 1 vol. in-16 de 372 p., avec 70 fig., cart. 4 fr.

— **Chimie des parfums et fabrication des savons,** odeurs, essences, sachets, eaux aromatiques, pommades, etc. 1 vol. in-16 de 360 p., avec 80 fig., cart. 4 fr.

RELIER. Guide pratique de l'élevage du cheval, par L. Relier, vétérinaire principal au haras de Pompadour. 1 vol. in-16 de 388 p., avec 128 fig., cart. 4 fr.

RICHE. L'art de l'essayeur, par A. Riche. directeur des essais à la Monnaie de Paris. 1 vol. in-16 de 394 p., avec 94 fig., cart. 4 fr.

— **Monnaies, médailles et bijoux.** Essais et contrôle des ouvrages d'or et d'argent. 1 vol. in-16 de 396 p., avec 66 fig., cart. 4 fr.

TASSART. Les matières colorantes et la chimie de la teinture, par M. Tassart, ingénieur, répétiteur à l'École centrale des arts et manufactures. 1 vol. in-16 de 320 p., avec 30 fig., cart. 4 fr.

— **L'industrie de la teinture.** 1 vol. in-16, 320 p., 50 fig.. cart. 4 fr.

St-VINCENT. Nouvelle médecine des familles, à la ville et à la campagne, à l'usage des maisons d'éducation, des écoles communales, et de toutes les personnes bienfaisantes qui se dévouent au soulagement des malades, par le Dr A.-C. de Saint-Vincent. 9e *édition*, revue et corrigée. 1 vol. in-16 de 448 p., avec 142 fig., cart. 4 fr.

VIGNON (L.). **La soie,** au point de vue scientifique et industriel, par L. Vignon, sous-directeur de l'Ecole de chimie industrielle de Lyon. 1 vol. in-16 de 370 p., avec 81 fig., cart. 4 fr.

WITZ (A.). **La machine à vapeur,** par A. Witz, docteur ès sciences, ingénieur des arts et manufactures. 1 vol. in-18 j., 325 p., 82 fig.. 4 fr.

PETITE BIBLIOTHÈQUE A 2 FR. LE VOLUME

Collection de volumes in-16 comprenant 200 pages et illustrés

ALLIOT. Hygiène religieuse et scientifique. 184 pages.... 2 fr.
ANGERSTEIN et ECKLER. La gymnastique à la maison, à la chambre et au jardin. 1 vol. in-16, 160 pages, avec 55 figures..... 2 fr.
— La gymnastique des demoiselles. 1 vol. in-16, 160 p., 50 fig.. 2 fr.
BALL, La folie érotique. 160 pages.................. 2 fr.
BASTIDE. Les vins sophistiqués. 160 pages.............. 2 fr.
BEL (J.). **La rose.** In-16. 160 pages, avec 41 figures........... 2 fr.
BERGERET. Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions génératrices. 13e *édition* 228 pages........................ 2 fr.
BERNARD. Premiers secours aux blessés. 154 pages, 79 fig. 2 fr.
BOERY Les plantes oléagineuses et leurs produits. 160 p., 22 fig. 2 fr.
BRAMSEN. Les dents de nos enfants. 144 pages, 50 figures. 2 fr.
CAUVET. Procédés pratiques pour l'essai des farines. Caractères, altérations, falsifications. 100 pages, 74 figures........... 2 fr.
CORFIELD. Les maisons d'habitation, leur construction et leur aménagement selon les règles de l'hygiène. 160 pages, 54 figures. 2 fr.
CORLIEU. La prostitution à Paris. 128 pages............ 2 fr.
CORRE La pratique de la chirurgie d'urgence. 216 pages. 2 fr.
DEBIERRE. L'hermaphrodisme. 150 pages. 50 figures...... 2 fr.
DECHAUX. La femme stérile. 2e *édition.* 214 pages......... 2 fr.
DEGOIX. Maladies et médicaments à la mode. 178 pages. 2 fr.
— Hygiène de la toilette. 160 pages..................... 2 fr.
— Hygiène de la table. 160 pages...................... 2 fr.
FOURNIER De l'onanisme. 216 pages.................... 2 fr.
GALOPEAU. Manuel du pédicure 132 pages, 28 fig....... 2 fr.
GAUTIER (J.). **La fécondation artificielle** et son emploi contre la stérilité chez la femme. 142 pages........................ 2 fr.
GIRARD et de BREVANS. La margarine et le beurre artificiel. 172 pages.................................... 2 fr.
GOURRIER. Les lois de la génération. 200 pages......... 2 fr.
GROS. Mémoires d'un estomac. 4e *édition.* 186 pages....... 2 fr.
HOFFMANN. L'homéopathie des gens du monde. 142 p. 2 fr.
JOLLY. Le tabac et l'absinthe, influence sur la santé. 228 p. 2 fr.
— Hygiène morale. 276 pages.......................... 2 fr.
LECANU. Eléments de géologie. 223 pages............... 2 fr.
MAGNE (A.). **Hygiène de la vue.** 4e *édition.* 320 pages...... 2 fr.
MAYER (A.). **L'âge de retour** Conseils aux femmes. 256 p... 2 fr.
MONAVON. La coloration artificielle des vins. 160 pages. 2 fr.
MONTEUUIS. Les enfants aux bains de mer. 150 p. avec fig, 2 fr.
— Guide de la garde-malade. 160 pages, avec figures........ 2 fr.
MURRELL. La pratique du massage. 168 pages.......... 2 fr.
NOGIER (J.-J.). **L'Education des facultés mentales.** 1892, 1 vol. in-16, 175 pages................................. 2 fr.
PERRIER. La première enfance. 3e *édition.* 200 p., avec fig. 2 fr.
— La seconde enfance. 236 pages....................... 2 fr.
— Hygiène de l'adolescence. 172 pages.................. 2 fr.
— L'art de soigner les enfants malades. 215 pages......... 2 fr.
PERTUS Traités des maladies du chien. Avec 16 pl..... 2 fr.
RECLU. Manuel de l'herboriste. 160 pages, 52 fig......... 2 fr.
SAPORTA (A. de). **La chimie des vins.** 160 pages avec fig. 2 fr.
SIEBOLD L'art des accouchements. 268 pages............ 2 fr.
WEBER. La goutte, traitement homéopathique. 125 pages... 2 fr.
ZABOROWSKI. Les boissons hygiéniques. 160 p., 24 fig.. 2 fr.

**

ADENOT. Des méningites microbiennes. 1890, gr. in-8, 158 p., avec figures.. 3 fr. 50
ALIX. L'esprit de nos bêtes. 1890, 1 vol. in-8, 666 p., 121 fig. 12 fr.
— Cartonné.. 15 fr.
— **Le Cheval.** 1886, 1 vol. gr. in-8 de 700 pages, avec 172 figures et 1 atlas de 16 pl. col., découpées et superposées, cart............ 60 fr.
ALLAMAN (C.). **Des aliénés criminels.** Paris, 1892. gr. in-8, 181 p.. 4 fr.
ANDOUARD. Nouveaux éléments de pharmacie, par ANDOUARD, professeur à l'école de médecine de Nantes. 4e *édition.* 1892, 1 vol. gr. in-8 de 985 pages, avec 161 pages.. 18 fr.
ANGER. Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale, par BENJAMIN ANGER, chirurgien des hôpitaux. 1869, 1 vol. gr. in-8 de XVI-1,056 pages, avec 1,069 figures et 1 atlas in-4 de 12 pl. col.. 40 fr.
— *Séparément.* Texte, 1 vol. in-8. 20 fr. — Atlas, 1 vol. in-4.... 25 fr.
ANGLADA. Etudes sur les maladies nouvelles et les maladies éteintes, pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie. 1869, 1 vol. in-8 de 700 pages........................ 8 fr.
Annales d'hygiène publique et de médecine légale, par BERTIN-SANS, CHARRIN, L. COLIN, DU MESNIL, GARNIER (de Nancy), P. GARNIER, CH. GIRARD, HUDELO, JAUMES, LACASSAGNE, G. LAGNEAU, LHOTE, LUTAUD, MORACHE, MOTET, POINCARÉ, POUCHET, REUSS, RIANT, VIBERT. Directeur de la rédaction, le professeur P. BROUARDEL, président du Comité consultatif d'hygiène, doyen de la Faculté de médecine de Paris.
Paraît tous les mois par fascicules de 96 pages, in-8.
Prix de l'abonnement annuel :
Paris........ 22 fr. — Départements, 24 fr. — Union postale.... 25 fr.
— PREMIÈRE SÉRIE, collection complète (1829-1853), 50 vol. in-8.. 500 fr.
Tables alphabétiques des matières et des noms d'auteurs. 1855, in-8. 3 fr. 50
— SECONDE SÉRIE, collection complète (1854-1878), 50 vol. in-8.... 470 fr.
Tables alphabétiques des matières et des noms d'auteurs. 1880, in-8. 3 fr. 50
TROISIÈME SÉRIE. Année 1879 à 1891, 26 vol. in-8, avec fig. et pl. 286 fr.
ARNOULD. Nouveaux éléments d'hygiène, par JULES ARNOULD, professeur d'hygiène a la Faculté de médecine de Lille. 2e *édition.* 1889, 1 vol. gr. in-8 de 1,404 pages, avec 272 figures, cart............ 28 fr.
AUDRY. Les tuberculoses du pied. 1890, gr. in-8, 234 pages. 5 fr.
BACHELET. La dyspepsie Iléocœcale. 3e *édition*, 1888. 1 vol. in-18, 381 pages.. 5 fr.
— **Conseils aux mères de famille**, sur la manière de nourrir leurs enfants et de se nourrir elles-mêmes. 2e *édit.* 1887, 1 vol. in-18, 240 p. 2 fr.
BAIVY. La tuberculose. 1890, gr. in-8, 263 pages........... 6 fr.
BALFOUR. Traité d'embryologie et d'organogénie comparées. Edition française, par A.-H. ROBIN et MOCQUARD, aides-naturalistes au Muséum. 1885, 2 vol. in-8 de 1,350 pages avec 749 figures................ 30 fr.
BARTHELEMY (T.). **Syphilis et santé publique.** Etude d'hygiène. publique, par T. BARTHÉLEMY, médecin de Saint-Lazare, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine. 1890, 1 vol. in-16 de 350 p. 3 fr. 50
BASEIL. De l'hématome du scrotum. 1890, gr. in-8, 300 p. 6 fr.
BEALE. De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs, composition chimique, caractères physiologiques et pathologiques et indications thérapeutiques. 1865. 1 vol. in-18, avec 136 figures............. 7 fr.
BEAUNIS. Nouveaux éléments de physiologie humaine, comprenant les principes de la physiologie comparée et de la physiologie générale, par H. BEAUNIS, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 3e *édition.* 1888, 2 vol. gr. in-8 de 1,484 pages, avec 513 fig., cart. 25 fr.

BEAUNIS et **BOUCHARD. Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie,** par H. BEAUNIS et A. BOUCHARD, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 4e *édition.* 1885, 1 vol. gr. in-8 de 1,072 pages, avec 456 figures, cart........ 20 fr.

— **Précis d'anatomie et de dissection.** 1877. 1 vol. in-18, de 450 pages........ 4 fr. 50

BEDOIN. Précis d'hygiène publique. Introduction par le professeur P. BROUARDEL. 1891, 1 vol. in-8 de 333 p., avec 70 fig., cart........ 5 fr.

BERGERET. Les passions, dangers et inconvénients pour les individus, la famille et la société. 1878, 1 vol. in-18........ 3 fr. 50

BERGERON (ALB.). **Précis de petite chirurgie et de chirurgie d'urgence.** 1882, 1 vol. in-18 jésus de 436 p., avec 374 fig........ 5 fr.

BERNARD (Claude), **Physiologie.** Physiologie expérimentale, substances toxiques, système nerveux, liquides de l'organisme, pathologie expérimentale, médecine expérimentale, anesthésiques et asphyxie, chaleur animale, diabète, physiologie opératoire, phénomènes de la vie, table alphabétique, par Claude BERNARD, professeur au Muséum et au Collège de France, membre de l'Institut, 16 vol. in-18, avec fig.... 114 fr.

— **Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine.** 1855-1856, 2 vol. in-8, avec fig........ 14 fr.

— **Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses.** 1857, 1 vol. in-8, avec 22 fig........ 7 fr.

— **Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux.** 1858, 2 vol. in-8, avec fig........ 14 fr.

— **Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme.** 1859, 2 vol. in-8, avec fig........ 14 fr.

— **Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.** 1865, 1 vol. in-8........ 7 fr.

— **Leçons de pathologie expérimentale.** 1880, 1 vol. in-8.. 7 fr.

— **Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie.** 1875, 1 vol. in-8, avec fig........ 7 fr.

— **Leçons sur le diabète.** 1877, 1 vol. in-8........ 7 fr.

— **Leçons de physiologie opératoire.** 1879, 1 vol. in-8, avec 116 figures........ 8 fr.

— **Leçons sur les phénomènes de la vie,** communs aux animaux et aux végétaux 1878, 2 vol. in-8, avec pl. col. et fig........ 15 fr.

— **L'œuvre de Claude Bernard.** Introduction par Mathias DUVAL, notices par E. RENAN, Paul BERT et Armand MOREAU, table alphabétique, bibliographie. 1881, 1 vol. in-8, avec portrait........ 7 fr.

BERNARD (Claude) et **HUETTE. Précis iconographique de médecine opératoire et d'anatomie chirurgicale.** 1873, 1 vol. in-18 jésus, avec 113 pl., fig. noires, cart........ 24 fr.

— Figures coloriées, cart........ 48 fr.

BERT (Paul). **Leçons sur la physiologie comparée de la respiration.** 1870, 1 vol. in-8 de 500 p., avec 150 fig........ 10 fr.

BERTOGLIO. Les cimetières, au point de vue de l'hygiène et de l'administration. 1889, 1 vol. in-16 de 280 p........ 3 fr. 50

BLANCHARD (R.). **Traité de zoologie médicale,** par Raphael BLANCHARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1889, 2 vol. in-8 de 800 p., avec 650 fig........ 20 fr.

BOCQUILLON-LIMOUSIN. Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie. 3e *édition.* 1892, 1 vol. in-16 de 308 p., cartonné........ 3 fr.

BOIVIN (Mme) et **DUGÈS. Anatomie pathologique de l'utérus**

et de ses annexes. 1866, atlas in-folio de 41 pl. gravées et coloriées, *représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme*, avec explication, cartonné........................ 45 fr.

BONAMI. **Nouveau dictionnaire de la santé**, comprenant la médecine usuelle, l'hygiène journalière, la pharmacie domestique et les applications des nouvelles conquêtes de la science à l'art de guérir, par le Dr Paul BONAMI, médecin en chef de l'hospice de la Bienfaisance, lauréat de l'Académie de médecine. 1889, 1 vol. gr. in-8 jésus de 950 p., à deux colonnes, avec 702 fig. 16 fr. — Cartonné .... 18 fr.

BONNET (A.). **Traité de thérapeutique des maladies articulaires**. 1853, 1 vol. in-8 de XVII-684 p., avec 97 fig............. 9 fr.

— **Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires**. 2e *édition*. 1860, 1 vol. in-8 de 356 p., avec 17 fig.... 4 fr. 50

BONNET (V.). **Précis d'analyse microscopique des denrées alimentaires**. Caractères, procédés d'examen, altérations et falsifications, par V. BONNET, préparateur à l'Ecole de pharmacie, expert du Laboratoire municipal. Préface par L. GUIGNARD, prof. à l'Ecole supérieure de pharmacie. 1890, 1 vol. in-18, 200 p., 163 fig.. 20 pl. en chromotyp., cart. 6 fr.

BONNIER (G.). **Les plantes des champs et des bois**. Excursions botaniques. — Printemps, été, automne, hiver, par G. BONNIER, professeur à la Faculté des sciences de Paris. 1887, 1 vol. in-8, avec 873 fig. dans le texte et 30 pl. dont 8 en couleur........................ 24 fr.

— Cartonné .... 26 fr.

BORIUS. **Les maladies du Sénégal**. Topographie, climatologie et pathologie. 1882, 1 vol. in-8 de 362 p.. .... 7 fr.

BOUANT. **Dictionnaire de chimie**, comprenant les applications aux sciences, aux arts, à l'agriculture, à l'industrie, à l'usage des industriels, des fabricants de produits chimiques, des agriculteurs, des médecins, des pharmaciens, des laboratoires municipaux, de l'École centrale, de l'Ecole des mines, des écoles de chimie, etc., par E. BOUANT, agrégé des sciences physiques, préface par M. TROOST (de l'Institut). 1888, 1 vol. gr. in-8 de 1,100 p., à 2 col., avec 600 fig............................. 25 fr.

BOUCHUT (E.). **Traité pratique des maladies des nouveau-nés**, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance. 8e *édition*. 1884, 1 vol. in-8 de XVII-1,128 p., avec 179 fig.................. 18 fr.

— **Hygiène de la première enfance**, guides des mères pour l'allaitement, le sevrage, le choix de la nourrice. 8e *édition*. 1885, 1 vol. in-18 jésus de VIII-460 p., avec 53 fig............................ 3 fr. 50

— **Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades**. 1885, 1 vol. in-8 de 780 p.. 8 fr.

— **Nouveaux éléments de pathologie générale**, comprenant la nature de l'homme, l'histoire générale de la maladie, les différentes classes de maladies, l'anatomie pathologique générale et l'histologie pathologique, le pronostic, la thérapeutique générale. 4e *édition*. 1882, 1 vol. gr. in-8 de 900 pages, avec 250 figures.............................. 16 fr.

— **Traité de diagnostic et de sémiologie**. 1883, 1 vol. gr. in-8 de 920 pages, avec 150 figures.................................. 12 fr.

— **Du nervosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses**. 2e *édition*. 1877, 1 vol. in-8 de XXIII-408 pages.............. 6 fr.

— **Atlas d'ophtalmoscopie médicale** et de cérébroscopie, montrant les lésions du nerf optique, de la rétine et de la choroïde, produites par les maladies du cerveau, par les maladies de la moelle épinière, par les maladies constitutionnelles, etc. 1876, 1 vol. in-4 de VIII-148 p., avec 14 pl. en chromo, comprenant 137 fig., cart.................. 35 fr.

— **Traité des signes de la mort** et des moyens de prévenir les inhumations prématurées. 3e *édition*. 1883, 1 vol. in-18, avec fig... 3 fr. 50

BOUILLET. Précis de l'histoire de la médecine, avec introduction. par A. Laboulbène. 1883, 1 vol. in-8 de xvi-366 p.......... 6 fr.
BOUVERET (H.). **La neusrasthénie** (épuisement nerveux), par le Dr Louis Bouveret, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. 2e *édition*. 1891, 1 vol. in-8 de 600 p.............................. 6 fr.
— **Traité de l'empyème.** 1888, 1 vol. in-8 de 890 p.......... 12 fr.
BOUVERET et DEVIC. La dyspepsie, par hypersécrétion gastrique (maladie de Reichmann). 1892, 1 vol. in-8 de 300 p.
BOYER. Les champignons comestibles et vénéneux de la France. 1891, 1 vol. gr. in-8 avec 50 planches coloriées, par Gaulard. Cartonné. 28 fr.
BRAIDWOOD (P.-M.). **De la pyohémie ou fièvre suppurative,** 1870, 1 vol. in-8, avec 12 planches chromolithographiées......... 8 fr.
BRASSEUR. Chirurgie des dents et de leurs annexes, par E. Brasseur, directeur de l'École dentaire de Paris. 1889, 1 vol. gr. in-8, avec 127 fig... 5 fr.
BREHM (A.-E.). **Les merveilles de la nature, l'homme et les animaux.** Description populaire des races humaines et du règne animal. 10 vol. gr. in-8, avec 6,000 fig. et 200 pl................ 110 fr.
Les Races humaines, 1 vol. — *Les Mammifères*, 2 vol. — *Les Oiseaux*, 2 vol. — *Les Reptiles et les Batraciens*, 1 vol. — *Les Poissons et les Crustacés*, 1 vol. — *Les Insectes, les Arachnides, les Myriapodes*, 2 vol. — *Les Vers, Mollusques, Zoophytes*, 1 vol.
Chaque volume broché................................. 11 fr.
Relié en demi-maroquin, doré sur tranches................. 16 fr.
BRIAND et CHAUDÉ. Manuel complet de Médecine légale, contenant un *Traité elémentaire de chimie légale*, par J. Bouis, 10e *édition*. 1879, 2 vol. gr, in-8, avec 5 pl. gravées et 37 fig.... 24 fr.
BROCCHI (P.). **Traité de Zoologie agricole**, comprenant des éléments de pisciculture, d'apiculture, de sériciculture, d'ostréiculture, par P. Brocchi, professeur à l'Institut national agronomique. 1886, 1 vol. in-8 de 986 p., avec 603 fig., cart.............................. 18 fr.
BROUARDEL (P.) **et OGIER** (J.). **Le laboratoire de toxicologie,** méthodes d'expertises toxicologiques, travaux du laboratoire, par le professeur P. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris et J. Ogier, directeur du laboratoire. 1891, 1 vol. gr. in-8, 248 p. 30 fig........ 8 fr.
BROUARDEL (P.) **et REUSS. Le congrès international d'hygiène** de Paris. 1889, 1 vol. in-8.......................... 3 fr.
BROWNE (Lennox). **Traité des maladies du Larynx**, du pharynx et des fosses nasales, traduit par le Dr Aigre. Préface par le Dr Gouguenheim. 1891, 1 vol. in-8 de 650 p., avec 242 fig. et 2 pl. col....... 12 fr.
BUIGNET. Manipulations de physique. Cours de travaux pratiques. 1877, 1 vol. in-8 de 800 p., 265 fig. et 1 pl. col., cart............ 16 fr.
CAGNY. Précis de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacie vétérinaires, par P. Gagny, président de la Société centrale de médecine vétérinaire de France. 1892, 1 vol. in-18, 800 p., 100 fig., cart.. 8 fr.
CAILLAULT. Les maladies de la peau chez les enfants. 1 vol. in-18 de 400 p.. 3 fr. 50
CAPUS et ROCHEBRUNE (A.-Tr. de). **Guide du naturaliste préparateur et du voyageur scientifique** ou instruction pour la recherche, la préparation, le transport et la conservation des animaux, vegétaux, minéraux, fossiles et organismes vivants. 2e *édition*. 1882, 1 vol. in-18, avec 22 fig., cart.............................. 3 fr.
— **Carnet (Le) du médecin praticien**, formules, ordonnances, tableaux du pouls, de la respiration et de la température, comptabilité. 1 cahier oblong avec cartonnage souple................................ 1 fr.

***

CARRIÈRE (Ed.). **Le climat de l'Italie et des stations du midi de l'Europe sous le rapport hygiénique et médical.** 2e *édition.* 1876. 1 vol. in-8 de 640 p. .... 1 fr.

CARUS (V.). **Histoire de la zoologie,** depuis Aristote jusqu'à nos jours. 1880, 1 vol. in-8 de 800 p. .... 10 fr.

CAUVET. Nouveaux éléments d'histoire naturelle médicale. 3e *édition.* 1885, 2 vol. in-18 jésus de 600 p., avec 24 fig. .... 12 fr.

— **Nouveaux éléments de matière médicale,** 1886-1887, 2 vol. in-18 jésus, ensembl. 1750 p., avec 701 fig. .... 15 fr.

— **Cours élémentaire de botanique.**

I. *Anatomie et physiologie végétales, paléontologie, géographie.* 1885, 1 vol. in-18, 315 p., avec 404 fig. .... 4 fr.

II. *Les familles végétales.* 1885, 1 vol. in-18, 500 p., avec 330 fig. 5 fr.

— *Le même :* Cartonné en 1 seul vol. comprenant les deux parties. 10 fr.

CHAPUIS. Précis de toxicologie. 2e *édition.* 1889, 1 vol. in-18 de 700 p., avec 54 fig., cart. .... 8 fr.

CHARGÉ. Traitement homœopatique des maladies des organes de la respiration, cavités nasales, larynx, trachée, bronches, poumons, plèvres. 2e *édition.* 1878, 1 vol. in-18 de 460 p. .... 6 fr.

CHARPENTIER. Traité pratique des accouchements, par le Dr A. CHARPENTIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e *édition.* 1889, 2 vol. gr. in-8 de 1,100 p., avec 752 fig. et 1 pl.. 30 fr.

CHASSAGNY. Fonctions du forceps. 1891, 1 vol. in-8. .... 8 fr.

CHATIN (Joannès). **Les organes des sens** dans la série animale. Leçons d'anatomie et de physiologie comparées, faites à la Sorbonne. 1880, 1 vol. in-8 de 726 p., avec 136 fig. .... 12 fr.

CHAUFFARD (P.-E.). **La vie.** Etudes et problèmes de biologie générale. 1878, 1 vol. in-8 de 525 p. .... 7 fr. 50

CHAUVEAU et ARLOING. Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques. 4e *édition,* revue et augmentée. 1889, 1 vol. in-8, avec 368 fig. noires et coloriées .... 24 fr.

CHAUVEL (J.). **Précis d'opérations de chirurgie,** par J. CHAUVEL, professeur de médecine opératoire à l'Ecole du Val-de-Grâce. 3e *édition,* augmentée de notions sur l'antisepsie chirurgicale. 1891, 1 vol. in-18 j., LXXVI-818 p., avec 350 fig., cartonné .... 9 fr.

CHEVREUL. Des couleurs et de leur application aux arts industriels à l'aide de cercles chromatiques. 2e *édition.* 1888, petit in-f°, avec 27 planches gravées sur acier et imprimées en couleur, cartonné. 40 fr.

CHRETIEN (H.). **Nouveaux éléments de médecine opératoire.** 1881, 1 vol. in-18 de 528 p., avec 184 fig. .... 6 fr.

CHURCHILL (Fl.) **et Le BLOND. Traité pratique des maladies des femmes,** hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement. 3e *édition,* 1881, 1 vol. gr. in-8 de 1,158 p., avec 365 fig. 18 fr.

CIVIALE. Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires. 3e *édition,* 1858-1860, 3 vol. in-8, avec fig. .... 24 fr.

CLAUDE. Premières notions d'homœopathie, à l'usage des familles. 2e *édition.* 1883, 1 vol. in-18 de 200 p. .... 1 fr. 50

COIFFIER. Précis d'auscultation. 2e *édition.* 1889, 1 vol. in-18 de 132 p., avec 78 fig. col., cartonné. .... 4 fr.

— **Médecine et thérapeutique rationnelles.** 1884, 1 vol. in-18. 6 fr.

COLIN (G.). **Traité de physiologie comparée des animaux,** considérée dans ses rapports avec les sciences naturelles, la médecine, la zootechnie et l'économie rurale, par G. COLIN, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort. 3e *édition.* 1886-1887, 2 vol. in-8, avec 250 fig.. 28 fr.

COLIN (Léon). **Traité des maladies épidémiques.** Origine, évolution, prophylaxie. 1879, 1 vol. in-8 de xx-1,032 p.............. 16 fr.
— **De la variole,** au point de vue épidémiologique et prophylactique. 1873, 1 vol. in-8 de 200 p.. avec fig .... 3 fr. 50
COLLINEAU. La gymnastique. 1884, 1 vol., in-8 de 824 p., avec fig.. 10 fr.
Comité consultatif d'hygiène publique de France (Recueil des Travaux et des actes officiels de l'Administration sanitaire).
Tome I, 1872, in-8, 8 fr. — Tome II, 1873, 2 vol., 15 fr. — Tome III, 1874, in-8, 8 fr. — Tome IV, 1875, in-8, 8 fr. — Tome V, 1876, in-8, 8 fr. — Tome VI, 1877, in-8, 8 fr. — Tome VII, 1878, in-8, 8 fr. — Tome VIII, 1879, in-8, 8 fr. — Tome IX, 1880, in-8, 8 fr. — Tome X, 1881, in-8, 8 fr. — Tome XI, 1882, in-8, 8 fr. — Tome XII, 1883. in-8, 8 fr. — Tome XIII, 1884, in-8, 8 fr. — Tome XIV, 1885, in-8, 10 fr. — Tome XV, 1886, 8 fr. — Tome XVI, 1887, 10 fr. — Tome XVII, 1888, 10 fr. — Tome XVIII, 1889, 10 fr. — Tome XIX, 1890, 10 fr. — Tome XX, 10 fr.
COMTE (A.). **La philosophie positive,** résumé par Jules Rig, 1881, 2 vol. in-8 .... 20 fr.
CONTEJEAN. Eléments de géologie et de paléontologie. 1874, 1 vol. in-8 de 750 p., avec 467 fig., cartonné.................. 16 fr.
— **Géographie botanique.** Influence du terrain sur la végétation. 1881, in-8, 142 p.. 3 fr. 50
CORIVEAUD. Hygiène de la jeune fille. 1882, 1 vol. in-18. 3 fr. 50
— **Le lendemain du mariage.** Etude d'hygiène. 2e *édition*. 1889, 1 vol. in-16... 3 fr. 50
— **La santé de nos enfants.** 1890, 1 vol, in-16 de 350 p.... 3 fr. 50
— **Hygiène des familles.** 1890, 1 vol. in-16 de 320 p...... 3 fr. 50
CORLIEU (A.) **Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'accouchements,** *vade-mecum* du praticien, par le Dr A. Corlieu. 4e *édition*. 1886, 1 vol. in-18 jésus, VII-700 p., avec 448 fig., cart.. 6 fr.
— **Memorandum de medicina, cirurjia y partos,** traducido par Doctor Calderon. 2e *édition*. 1888, 1 vol. in-18, avec fig., cart... 10 fr.
— **Les médecins grecs** depuis la mort de Galien jusqu'à la chute de l'Empire d'Occident. 1885 1 vol. in-8, avec 1 carte.............. 5 fr.
CORNARO (L.). **Le régime de Pythagore,** d'après le Dr Cocchi; **De la sobriété,** conseils pour vivre longtemps, par L. Cornaro; **Le vrai moyen de vivre plus de cent ans dans une parfaite santé,** par L. Lessius. 1880, 1 vol. in-18 jésus, avec 5 planches.......... 3 fr. 50
Sur papier de Hollande, tiré à 100 exemplaires................ 5 fr.
CORNEVIN. Traité de zootechnie générale, par Cornevin, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon. 1891, 1 vol. gr. in-8 de 1088 p., avec 204 fig. et 4 pl. col .... 22 fr.
CORNIL. Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital de Lourcine. 1876, 1 vol. in-8, IX-482 p., avec 9 pl. lithographiées et figures........ 10 fr.
COTARD. Etudes sur les maladies cérébrales et mentales. Préface par le Dr J. Falret. 1891, 1 vol. in-8 de 600 p............... 8 fr.
COWLES. Les hôpitaux, construction et organisation, par le Dr Ed. Cowles, trad. de l'anglais par M. Chaleix. In-8, 60 p., avec 15 fig.. 2 fr.
CRUVEILHIER (J.) **Anatomie pathologique du corps humain,** ou descriptions, avec figures lithographiées et coloriées, des diverses altérations morbides dont le corps humain est susceptible. Paris. 1830-1842, 2 vol in-folio, avec 230 pl. col.............................. 456 fr.
— **Traité d'anatomie pathologique générale.** 1864, 5 vol. in-8 35 fr.
CULLERRE. Traité pratique des maladies mentales, par le Dr A. Cullerre, médecin de l'Asile des aliénés de la Roche-sur-Yon. 1889. 1 vol. in-18 jésus de 608 p.. 6 fr.

CUVIER (G.). **Les Oiseaux**. 1870, 1 vol. in-8, avec 72 pl. contenant 464 fig. noires, 30 fr. — Fig. color .... 50 fr.
— **Les Mollusques**. 1868, 1 vol. in-8, avec 36 pl., contenant 528 fig. noires, 15 fr. — Fig. coloriées .... 25 fr.
— **Les Vers et les Zoophytes**. 1869, 1 vol. in-8, avec 37 pl., contenant 550 fig. noires. 15 fr. — Fig. color .... 25 fr.
CUYER et ALIX. Le cheval. *extérieur* : régions, pied, proportions, aplombs, allures, âge, aptitudes, robes, tares, vices, vente et achat, *structure et fonctions* : situation, structure anatomique et rôle physiologique de chaque organe; *races* : origines, caractères, production et amélioration, 1886, 1 vol. gr. in-8, 703 p.. avec fig. et 1 atlas de 16 planches coloriées, découpées et superposées. Ensemble deux volumes cart........ 60 fr.
Sépar. : **Les allures du cheval**. 1883, gr. in-8, 1 pl. articulée. 7 fr. 50
CUYER et KUHFF. Le corps humain. Structure et fonctions. formes extérieures, régions anatomiques, situation, rapports et usages des appareils et organes qui concourent au mécanisme de la vie, démontrés à l'aide de planches dessinées d'après nature, coloriées, découpées et superposées, 1879. 1 vol. grand in-8 de 379 pages de texte et 1 atlas de 27 pl. coloriées. Ouvrage complet, 2 vol., cart........ 75 fr.
— *Le même*, sans les organes génitaux........ 70 fr.
— **Les organes génitaux de l'homme et de la femme**. 2e *édition*. Gr. in-8, 65 p., avec 66 fig. et 2 pl coloriées........ 7 fr. 50
CYON. Principes d'électrothérapie. 1873, 1 vol. in-8 de VIII-275 p., avec fig........ 4 fr.
CYR (J.). **Traité pratique des maladies du foie**. 1887, 1 vol. in-8 de 886 p........ 12 fr.
— **Scènes de la vie médicale**. 1888, 1 vol. in-16 de 300 p.. 3 fr. 50
DALLET (G.). **Le monde vu par les savants du XIXe siècle**, 1890, 1 vol. gr. in-8 de 1,100 p., a 2 col. 800 fig........ 18 fr.
— Cartonné, tranches dorées .... 22 fr.
DAREMBERG (Ch.). **Histoire des sciences médicales**, comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale. 1870, 2 vol. in-8........ 20 fr.
DAVAINE (C.). **Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses**, chez l'homme et chez les animaux domestiques. 2e *édition*. 1877 1 vol. in-8 de 1,000 p. avec 100 fig........ 14 fr.
DECAYE. Précis de thérapeutique chirurgicale. 1882, 1 vol. in-18 de 572 p........ 6 fr.
DECHAUX (P.-M.). **Les quatre points cardinaux de la médecine**. 1881, 1 vol. in-16, 450 p., avec 1 pl col........ 5 fr.
DEGLAND et GERBE Ornithologie européenne, ou Catalogue descriptif, analytique et raisonné des oiseaux observés en Europe. 2e *édition*. 1867, 2 vol. in-8........ 24 fr.
DELEFOSSE. La pratique de l'analyse des urines et de la bactériologie urinaire. 4e *édition*. 1891, 1 vol. in-18 jésus, 273 p., avec 27 pl., comprenant 103 fig., cartonné........ 4 fr.
— **La pratique de la chirurgie des voies urinaires**. 2e *édition*. 1887, 1 vol. in-18 jésus de 585 p., avec 142 fig........ 7 fr.
DENIKER. Atlas manuel de botanique Illustrations des familles et des genres de plantes phanérogames et cryptogames, avec le texte en regard. par J. DENIKER, bibliothécaire du Muséum. 1886, 1 vol. in-4, 400 pl., comprenant 3,300 fig., cartonné........ 30 fr.
— *Edition de luxe en couleurs*, tirée à 500 exemplaires. 1889, 1 vol. in-4, 400 p., 200 pl. col. au pinceau d'après les aquarelles de Millot, cart. 100 fr.
DENUCÉ (P.). **Traité clinique de l'inversion utérine**. 1883, 1 vol. in-8 de 645 p., avec 103 fig........ 12 fr.

DESHAYES (G.). **Description des animaux sans vertèbres** découverts dans le bassin de Paris. 1860-1866, 3 vol. in-4 de texte et 2 vol. in-4 de 196 pl.. 250 fr.

DESPEIGNES. Etudes expérimentales sur les microbes des eaux. 1890, gr. in-8, 126 p...................................... 3 fr.

DESPINE et PICOT. Manuel pratique des maladies de l'enfance. 4e *édition*. 1889, 1 vol. in-18 jésus de 936 p............... 9 fr.

DESPRÉS (A.). **La prostitution en France**. Etudes morales et démographiques avec une statistique générale de la prostitution en France. 1882, 1 vol. gr. in-8 de 208 p., avec 2 pl............... 6 fr.

— **La Chirurgie journalière**, leçons de clinique chirurgicale. 3e *édition*. 1888, 1 vol. gr. in-8 de 860 p., avec figures................ 12 fr.

DIDAY. La syphilis. 1 vol. in-18 de 520 p................. 3 fr. 50

DORTEL. L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale. 1891, 1 vol. in-8 de 181 p.............................. 4 fr.

DUBRAC. Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique, comprenant la législation, l'état civil, les dispositions à titre gratuit, la responsabilité médicale, le secret professionnel, les expertises, les honoraires des médecins et les créances des pharmaciens, l'exercice illégal de la médecine, les contraventions aux lois sur la pharmacie, la police sanitaire, les ventes de clientèle médicale, l'inaptitude au service militaire, les eaux minérales, etc. 1882, 1 vol. in-8 de 800 p..... 12 fr.

DUCHARTRE. Eléments de botanique, comprenant l'organographie, la physiologie des plantes, les familles naturelles et la géographie botanique, par P. Duchartre, membre de l'Institut. 3e *édition*. 1884, 1 vol. in-8 de 1,272 p., avec 572 fig., cart............................ 20 fr.

DUCHENNE (de Boulogne). **Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions**, publiée en trois éditions :

1° *Edition*, gr. in-8, formant 1 vol. de 264 p., avec 9 pl. représentant 144 fig. photographiées.. 20 fr.

2° *Edition de luxe*, formant 1 vol. gr. in-8, avec atlas composé de 74 pl. photographiées et de 9 pl. représentant 144 fig. cart.......... 68 fr.

3° *Grande édition* in-folio, avec 84 pl, dont 74 sur plaques normales, représentant les expériences électro-phisiologiques.......... 200 fr.

DUPLAY. Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, par S. Duplay, professeur à la Faculté de médecine, G. Bouilly, L. Picqué, L. Poisson, A. Pousson, Ed. Schwartz et Paul Segond. 1 vol. gr. in-8 de 844 p., avec 321 fig..................... 17 fr. 50

DUPOUY. Médecine et mœurs de l'ancienne Rome, d'après les poètes latins. 1885, 1 vol. in-18 jésus de 430 p............ 3 fr. 50

DUVAL (E.). **La pratique de l'hydrothérapie**. Préface par le professeur M. Peter. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences. 1891, 1 vol. in-16 de 360 p., avec fig., cart............................ 5 fr.

— **Traité clinique d'hydrothérapie**. 1888, 1 vol. in-8 de 910 p. 10 fr.

— **Traité pratique du pied-bot**. Préf. du Dr Péan. 1891, 1 vol. in-8. 6 fr.

DUVAL (Mathias). **Cours de physiologie**, par Mathias Duval, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 6e *édition du Cours de physiologie* de Kuss et Duval. 1887. 1 vol in-18 jésus, VIII-712 p., 206 fig., cart. 8 fr.

DUVAL (Mathias) et **CONSTANTIN. Anatomie et Physiologie animales**, par Mathias Duval, professeur à la Faculté de médecine et à l'Ecole des Beaux-Arts de Paris; et P. Constantin, professeur au lycée de Rennes, ouvrage rédigé conformément aux programmes officiels du 28 janvier 1890 pour la classe de philosophie, du 24 février 1891 pour la classe de mathématiques élémentaires et du 15 juin 1891 pour la classe de première de l'enseignement moderne. 1891, 1 vol. in-8, 530 p., 472 fig. 6 fr.

Ecole de Salerne (L'), traduction en vers français, par Ch. Meaux Saint-Marc, avec le texte latin, précédée d'une introduction par le Dr Daremberg et suivie de commentaires. 1880, 1 vol. in-18 jésus de 600 p., 7 fig. .... 7 fr.
— Papier de Hollande, tiré à 100 exemplaires .... 14 fr.
EDINGER. Anatomie des centres nerveux. 1889, 1 vol. in-8 de 258 p., avec 143 fig. .... 8 fr.
ELOUI. Recherches histologiques sur le tissu connectif de la cornée des animaux vertébrés. 1881, 1 vol. gr. in-8, avec 6 pl. .. 6 fr.
EMMET (Th.-A.). **La pratique des maladies des femmes**, ouvrage traduit et annoté par A. Olivier, ancien interne des hôpitaux. Préface par le professeur Trélat. 1887, 1 vol. gr. in-8, 860 p., avec 220 fig... 15 fr.
ENGEL. Nouveaux éléments de chimie médicale et de chimie biologique, avec les applications à l'hygiène, à la médecine légale et à la pharmacie. 3e *édition*. 1888. 1 vol. in-8 de VIII-671 p., 117 fig. 9 fr.
ENGELMANN (G.-J.). **La pratique des accouchements chez les peuples primitifs**. Etude d'ethnographie et d'obstétrique. Préface par le docteur A. Charpentier. 1886, 1 vol. in-8, avec 83 fig. .... 7 fr.
EUSTACHE (G.). **Manuel pratique des maladies des femmes**, médecine et chirurgie. 1881, 1 vol. in-18 de 748 p. .... 8 fr.
FALRET (J.-P.). **Des maladies mentales et des asiles d'aliénés**, 1864, 1 vol. in-8 de 800 p., avec 1 pl. .... 11 fr.
FALRET (J.). **Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses**, par J. Falret, médecin de la Salpêtrière. 1889, 1 vol. in-8 de 624 p. .... 8 fr.
— **Les aliénés et les asiles d'aliénés**, assistance, législation et médecine légale. 1890, 1 vol. in-8 de 564 p. .... 8 fr.
Encyclopédie internationale de chirurgie, illustrée de figures intercalées dans le texte, par Gosselin. Verneuil, Duplay, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Bouilly, P. Segond, Nicaise, Ed. Schwartz, G. Marchant, Picqué, chirurgiens des hôpitaux de Paris ; Ollier, Poncet, Vincent, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon ; Poinsot, Pousson, chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux ; Maurice Jeannel (de Toulouse). Poisson (de Nantes) ; Stricker, professeur à l'Université de Vienne ; Allimgham, R. Barwell, F. Trèves, etc. (de Londres) ; H. Morris, Th. Annandale (d'Edimbourg) ; J. Ashhurst, Solis Cohen, Packart, White, etc. (de Philadelphie) ; Van Buren, Sturgis, J. Lidell, etc. (de New-York) ; Andrews (de Chicago) ; Fenwick (de Montréal) ; etc., etc. Ouvrage complet. 1888, 7 vol. gr. in-8, comprenant ensemble 6,680 p., à 2 colonnes, avec 2,758 fig. .... 122 fr. 50
Chaque volume se vend séparément .... 17 fr. 50
FAU et CUYER. Anatomie artistique du corps humain. Planches par le Dr Fau, texte avec figures. par E. Cuyer. 2e *édition*. 1890, in-8, 208 p., et 17 pl. Fig. noires, 6 fr. — Fig. color .... 12 fr.
FELTZ. Traité clinique et expérimental des embolies capillaires. 2e *édition*. 1870, in-8 de 450 p., avec 11 pl. chromolithographiées comprenant 90 dessins .... 12 fr.
FERRAND (E.). **Aide-mémoire de pharmacie**, *vade-mecum* du pharmacien à l'officine et au laboratoire. 5e *édition*, comprenant les formules du Codex, les médicaments nouveaux et les formules nouvelles et un formulaire vétérinaire. 1891, 1 vol. in-18 jésus de 852 p., 168 fig., cart. .... 8 fr.
FONSSAGRIVES. Hygiène et assainissement des villes. 1874 1 vol. in-8 de XII-578 pages .... 8 fr.
— **Thérapeutique de la phtisie pulmonaire**. 2e *édition*. 1884. 1 vol. in-8 de LXIV-590 pages .... 9 fr.

FONSSAGRIVES. Principes de thérapeutique générale. 2e *édition.* 1884, 1 vol. in-8 de 590 pages .... 9 fr.
— **Hygiène alimentaire** des malades, des convalescents et des valétudinaires. 3e *édition.* 1881, 1 vol. in-8 de xxxii-670 pages.......... 9 fr.
— **Traité d'hygiène navale.** 2e *édition.* 1877, 1 vol. in-8 de xvi-920 p., avec 145 fig.......... 15 fr.
FOVILLE (Ch. de). **Les aliénés.** Etude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables. 1870, 1 vol. in-8 de xiv-207 p. 3 fr.
— **La législation relative aux aliénés en Angleterre** et en Ecosse. 1885, 1 vol. gr. in-8 de 208 p.......... 5 fr.
FOX. Iconographie photographique des maladies de la peau, par G.-H. Fox, professeur de clinique dermatologique à New-York. 1882, 1 vol. in-4, 48 planches photographiées d'après nature, coloriées à la main, cartonné.......... 120 fr.
FREDERICQ. Exercices pratiques de physiologie. 1891, 1 vol. gr. in-8, cart.......... 3 fr.
FRERICHS. Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires. 3e *édition.* 1877, 1 vol. in-8 de xvi-896 p., 158 fig... 12 fr.
— **Traité du diabète.** 1885, 1 vol. gr. in-8, 5 pl. chrom. et fig.. 12 fr.
GAJKIEWICZ. La syphilis du système nerveux. 1892. 1 vol. in-8 de 200 p..........
GALEZOWSKI. Traité des maladies des yeux. 3e *édition,* 1888, 1 vol. in-8 de xvi-1020 p., avec 483 fig.......... 20 fr.
— **Traité iconographique d'ophtalmoscopie,** comprenant la description des différents ophtalmoscopes, l'exploration des membranes internes de l'œil et le diagnostic des affections cérébrales et constitutionnelles. 2e *édition.* 1885, 1 vol. in-4 de 281 p., avec 28 pl. chromolithographiées, cart.......... 35 fr.
— **Echelles optométriques et chromatiques** pour mesurer l'acuité de la vision, les limites du champ visuel et la faculté chromatique, accompagnées de tables synoptiques pour le choix des lunettes. 1883, in-8, 34 pl. noires et color., cart.......... 7 fr. 50
— **Echelles portatives des caractères et des couleurs,** pour mesurer l'acuité visuelle. 2e *édition.* 1890, in-18, 38 pl., cart.. 2 fr. 50
— **Du diagnostic des maladies des yeux,** par la chromatoscopie rétinienne. 1868, 1 vol. in-8 de 207 p., avec 31 fig., une échelle chromatique comprenant 44 teintes et 5 échelles typographiques.......... 7 fr.
GALEZOWSKI et DAGUENET. Diagnostic et traitement des affections oculaires. 1886, 1 vol. gr. in-8.......... 18 fr.
GALIEN. Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales, traduites par Ch. Daremberg. 1854-1857, 2 vol. gr. in-8 de 800 p. 20 fr.
GALISSET et MIGNON. Nouveau traité des vices rédhibitoires ou **Jurisprudence vétérinaire.** 3e *édition.* 1864, 1 vol. in-18 jésus de 542 p.......... 6 fr.
GALLARD. Clinique médicale de la Pitié. 1877, 1 vol. in-8 de xliv-636 p., avec 25 fig.......... 20 fr.
— **Leçons cliniques sur la menstruation** et ses troubles. 1885, 1 vol. in-8 de 325 p., avec 37 fig.......... 6 fr.
— **Leçons cliniques sur les maladies des ovaires.** 1886, 1 vol. in-8 de 463 p., avec 47 fig.......... 8 fr.
— **De l'avortement** au point de vue médico-légal. 1878, in-8, 135 p. 3 fr.
GALLOIS (E.). **Manuel de la sage-femme** et de l'élève sage-femme. 1886, 1 vol. in-18 de 640 p., avec fig.......... 6 fr.
GALLOIS (N.). **Formulaire de l'Union médicale. Douze cents formules** favorites des médecins français et étrangers. 4e *édition* 1888, 1 vol. in-32 de xxviii-662 p., cart.......... 3 fr. 50

GAUJOT et SPILMANN (E.). **Arsenal de la chirurgie contemporaine.** Description, mode d'emploi et appréciation des appareils et instruments en usage pour le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales, l'orthopédie, la prothèse, les opérations simples, générales, spéciales et obstétricales. 1867-1872, 2 vol. in-8, avec 1,437 fig.. 32 fr.

GAUTIER (A.). **Sophistication et analyse des vins**, par A. GAUTIER, professeur de la Faculté de médecine de Paris. 4e *édition*, 1891, 1 vol. in-18 jésus de 300 p., avec 4 pl. noires et color., cart. .... 6 fr.

GAUTIER (L.-M.). **Les champignons**, considérés dans leurs rapports avec la médecine, l'hygiène publique et privée, l'agriculture, l'industrie, et description des principales espèces comestibles, suspectes et vénéneuses de la France. 1884, 1 vol. gr. in-8 de 508 p., avec 16 pl. chromolithographiées et 195 fig. .... 24 fr.

GAUTRELET. Urines, dépôts, sédiments, calculs. Applications de l'analyse urologique à la séméiologie médicale. Préface par le Dr LÉCORCHÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1889, 1 vol. in-18 jésus, avec 80 fig. .... 6 fr.

GAVOY. L'encéphale, description iconographique du cerveau, du cervelet et du bulbe. 1886, 1 vol. in-4 de 200 p. et 1 atlas de 59 pl. en glyptographie. *Ensemble*, 2 vol. cart .... 100 fr.

GELLE. Précis des maladies de l'oreille, comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, la prothèse, l'hygiène, la médecine légale, la surdité et la surdi-mutité et les maladies du pharynx et des fosses nasales. 1885, 1 vol. in-18 de 708 p., avec 157 fig... 9 fr.

GENTY de BONQUEVAL. Traité théorique et pratique de l'électro-homœopathie. 2e *édition*. 1891, 1 vol. in-8, 352 p.. 5 fr.

GERMAIN (DE SAINT-PIERRE). **Nouveau dictionnaire de botanique**, comprenant la description des familles naturelles, les propriétés médicales et les usages économiques des plantes, la morphologie et la biologie des végétaux. 1870, 1 vol. in-8 de XVI-1388 p., avec 1,640 fig.... 25 fr.

GIGOT-SUARD. L'herpétisme, pathogénie, manifestations, traitement, pathologie expérimentale et comparée. 1870, 1 vol. gr. in-8, 468 p.. 8 fr.

GILLETTE. Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris, répertoire de thérapeutique chirurgicale. 1877, 1 vol. in-8 de XVI-772 p., avec 662 fig., cart. .... 12 fr.

— **Clinique chirurgicale des hôpitaux de Paris.** 1878, 1 vol. in-8 de 324 p., avec fig. .... 5 fr.

GIRARD (M.). **Les insectes. Traité élémentaire d'Entomologie**, comprenant l'histoire des espèces utiles et de leurs produits, des espèces nuisibles et des moyens de les détruire, l'étude des métamorphoses et des mœurs, les procédés de chasse et de conservation, par MAURICE GIRARD, président de la Société entomologique de France. 1873-1885, 3 vol. in-8, avec atlas de 118 pl. Fig. noires, 100 fr. — Fig. color. .... 170 fr.

GIRAUD-TEULON (F.). **La vision et ses anomalies**, cours théorique et pratique sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil de la vue. 1881, 1 vol. gr. in-8 de 936 p., avec 117 fig.. 20 fr.

GIROD. Manipulations de botanique. Guide pour les travaux d'histologie végétale par PAUL GIROD, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand. 1887, 1 vol. gr. in-8, avec 20 pl., cart...... 7 fr.

— **Manipulations de zoologie.** Guide pour les travaux pratiques de dissection. *Animaux invertébrés*. 1889, 1 vol. gr. in-8, avec 25 pl. en noir et en coul., cart. .... 10 fr.

— *Animaux vertébrés*. 1892, 1 vol. gr. in-8, avec 32 pl. en noir et en coul., cart. .... 10 fr.

GIVRE. De la tuberculose chez les ouvriers en soie. 1890, gr. in-8, 186 p. .... 3 fr. 50

GODRON (D.-A.). **De l'espèce et des races dans les êtres organisés**, et spécialement de l'unité de l'espèce humaine. 2e *édition*. 1872, 2 vol. in-8 .... 12 fr.

GOFFRES. Précis iconographique de bandages, pansements et appareils. 1887, 1 vol. in-18 jésus de 296 p., avec 81 pl., figures coloriées, cartonné .... 36 fr.

— Figures noires, cartonné .... 18 fr.

GORDON. Traité expérimental d'électricité et de magnétisme, Introduction par M. A. Cornu (de l'Institut). 1881, 2 vol. in-8, ensemble 1 332 p., avec 371 fig. et 58 pl. noires et coloriées .... 35 fr.

GOYAU. Traité pratique de maréchalerie, comprenant le pied du cheval, la maréchalerie, la ferrure appliquée aux divers genres de service, la médecine et l'hygiène du pied. 3e *édition*. 1890, 1 vol. in-18 de 528 p., avec 364 fig .... 8 fr.

GRAEFE. Clinique ophtalmologique. 1866, 1 vol. in-8, avec 21 figures .... 8 fr.

GRIESINGER et VALLIN. Traité des maladies infectieuses. Maladie des marais, fièvre jaune, maladies typhoïdes (fièvre pétéchiale ou typhus des armées, fièvre typhoïde, fièvre récurrente ou à rechutes, typhoïde bilieuse, peste), choléra. 2e *édition*, revue et annotée par le Dr E. Vallin. 1877, 1 vol. in-8 de XXII-742 p .... 10 fr.

GRIESSELICH. La médecine homœopathique. Thérapeutique et pharmaco-dynamique. 1 vol. in-18 .... 3 fr. 50

GRISOLLE. Traité de la pneumonie. 2e *édit*. 1864, 1 vol. in-8. 9 fr.

GROSS, ROHMER et VAUTRIN. Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Nancy. 1892. 3 vol. in-8 de chacun 1,000 pages .... 36 fr.

GUARDIA (J.-M.). **La médecine à travers les siècles**. Histoire et philosophie. 1865, 1 vol. in-8 de 800 p .... 10 fr.

GUBLER (A.). **Cours de thérapeutique**. 1880, 1 vol. in-8, 600 p. 9 fr.

GUBLER et LABBÉE. Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius ou histoire de l'action physiologique et des effets thérapeutiques des médicaments inscrits dans la pharmacopée. 4e *édition*. 1891, 1 vol. gr. in-8 de 1,061 p .... 16 fr.

GUIBOURT et PLANCHON. Histoire naturelle des drogues simples. 7e *édition*, par G. Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris. 1876, 4 forts vol. in-8, avec 1,077 figures .... 36 fr.

GUINARD. Précis de tératologie humaine et comparée, par L. Guinard, chef des travaux de physiologie à l'Ecole vétérinaire de Lyon. 1892, 1 vol. in-16 de 200 p. avec 100 fig., cart .... 4 fr.

GUNTHER. Nouveau manuel de médecine vétérinaire homœopathique. 2e *édition*. 1871, 1 vol. in-18 de 504 p., av. 34 fig. 5 fr.

GUYON (F.). **Eléments de chirurgie clinique**, comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés, par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1873, 1 vol. in-8 de XXXVIII-672 p., avec 63 fig. 12 fr.

— **Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires**, professées à l'hôpital Necker. 2e *édition*. 1885, 1 vol. in-8 de 1,000 p., avec figures .... 16 fr.

— **Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate**. 1888, 1 vol. gr. in-8 de 1,100 pages. 16 fr.

HAHNEMANN. Exposition de la doctrine médicale homœopatique, ou Organon de l'art de guérir. 5e *édition*. 1873, 1 vol. in-8 de 640 p., avec portrait .... 8 fr.

HAHNEMANN. Traité de matière médicale homœopathique, comprenant les pathogénésies du Traité de matière médicale pure et du Traité des maladies chroniques. Traduit par Léon SIMON et V.-P. Léon SIMON, de l'Hôpital Hahnemann. 1891, 4 vol. in-8.............. 33 fr.

— **Etudes de médecine homœopathique.** 1865, 2 vol. in-8. 14 fr.

HALLOPEAU. Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par H. HALLOPEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 3e *édition* 1890, 1 vol. in-8 de 800 p., avec 180 figures.................................. 12 fr.

HAMILTON (H.). **Traité pratique des fractures et des luxations.** Traduit et augmenté de nombreuses additions, par G. POINSOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1884, 1 vol. gr. in-8 de 1284 p., avec 514 fig.. 24 fr.

HAMMOND et LABADIE-LAGRAVE. Traité des maladies du système nerveux, comprenant les maladies du cerveau, les maladies de la moelle et de ses enveloppes, les affections cérébro-spinales, les maladies du système nerveux périphérique et les maladies toxiques du système nerveux. Traduction française, par le Dr F. LABADIE-LAGRAVE. 1890, 1 vol. gr. in-8 de XXIV-1,300 p., avec 116 fig.................. 22 fr.

HARDY (Alfred). **Traité pratique et descriptif des maladies de la peau,** par Alfred HARDY, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1886. 1 vol. in-8, avec fig........................... 18 fr.

HARRIS, AUSTEN et ANDRIEU. Traité théorique et pratique de l'art du dentiste. 1884, 1 vol. in-8 de 1,200 p., avec figures, cartonné.. 20 fr.

HERAIL (J.) **et BONNET** (V.). **Manipulations de botanique médicale et pharmaceutique.** Iconographie histologique des plantes médicinales. Préface par le professeur G. PLANCHON. 1891, 1 vol. gr. in-8 de 320 p., avec 223 fig. et 36 planches coloriées, cartonné......... 20 fr.

HEATH. Lésions et maladies des mâchoires. 1 vol. in-8 de 462 p., avec 200 fig.. 10 fr.

HERAUD. Nouveau dictionnaire des plantes médicinales, description, habitat et culture, récolte, conservation, partie usitée, composition chimique, formes pharmaceutiques et doses, action physiologique, usages dans le traitement des maladies. 2e *édition.* 1884, 1 vol. in-18 de 620 p., avec 273 figures, cartonné.......................... 6 fr.

— **Jeux et récréations scientifiques,** applications usuelles des mathémathiques, de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle. 1884, 1 vol. in-18 jésus de 636 p., avec 294 figures, cart......... 6 fr.

HERING. Médecine homœopathique domestique. Traduction nouvelle par Léon SIMON. 7e *édit.* augmentée d'instructions sur l'emploi des nouveaux médicaments. 1891, 1 vol. in-18 jés., 700 p., 119 fig. 8 fr.

HIPPOCRATE. Œuvres complètes, traduction nouvelle, avec le texte en regard, suivie d'une table des matières, par E. LITTRÉ. Ouvrage complet. 1839-1861, 10 vol. in-8 de 700 p.................... 100 fr.

HIRSCHEL. Guide du médecin homœopathe au lit du malade, et répertoire de thérapeutique homœopathique. Traduction par V.-Léon SIMON. 2e *édition.* 1874. 1 vol. in-18 jésus de XXIV-540 p......... 5 fr.

HOLMES (T.). **Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants.** 1870, 1 vol. in-8 de 917 p., avec 330 fig.............. 15 fr.

HORTOLÈS (Ch.). **Etude du processus histologique des néphrites.** 1881, gr. in-8, 182 p., avec fig. et 2 pl. color......... 6 fr.

HUFELAND. L'art de prolonger la vie. 1881, 1 vol. in-18. 3 fr. 50

HUGHES (R.). **Action des médicaments homœopathiques,** ou éléments de pharmaco-dynamique traduit de l'anglais et annoté par le Dr I. GUÉRIN-MÉNEVILLE. 1874, 1 vol. in-18 jésus de XVI-647 p... 6 fr.

HUGHES (R.). **Manuel de thérapeutique** selon la méthode de HAHNEMANN. Traduit par I. GUÉRIN-MÉNÉVILLE. 1881, 1 vol. in-18 jésus, XIV-668 p. .... 6 fr.

HUGUIER. Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus et sur leur traitement. 1860, in-4, 231 p., avec 13 pl. .... 15 fr.

— **De l'hystérométrie** et du cathétérisme utérin, de leurs applications au diagnostic et au traitement des maladies de l'utérus. 1865, 1 vol. in-8 de 400 p., avec 4 pl. .... 6 fr.

HURTREL D'ARBOVAL. Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires. Edition entièrement refondue par A. ZUNDEL, vétérinaire supérieur d'Alsace-Lorraine. 1877, 3 vol. gr. in-8 à 2 colonnes, avec 1,600 fig. .... 60 fr.

JACQUEMET. Etude des ipécacuanhas. 1890, 1 vol. in-8 de 300 p., avec 19 planches .... 12 fr.

JAHR. Principes et règles qui doivent guider dans la pratique de l'homœopathie. Exposition raisonnée des points essentiels de la doctrine médicale de HAHNEMANN. 1857, 1 vol. in-8 de 528 p. ..... 7 fr.

— **Du traitement homœopathique des maladies des organes de la digestion.** 1859, 1 vol. in-18 jésus de 520 p. .... 6 fr.

JAMMES (L.). **Manuel des étudiants en pharmacie.** 1891, 2 vol. in-18, avec figures .... 10 fr.

JEANNEL (J.). **Formulaire officinal et magistral, international,** comprenant environ 4,000 formules tirées des Pharmacopées légales de la France et de l'Etranger ou empruntées à la pratique des thérapeutistes et des pharmacologistes, avec les indications thérapeutiques, les doses des substances simples et composées, le mode d'administration, l'emploi des médicaments nouveaux, etc., suivi d'un mémorial thérapeutique. 4e *édition*, en concordance avec le Codex médicamentarius de 1884 et le Formulaire des hôpitaux militaires de 1884. 1887, 1 vol. in-18 de XVI-1,044 p., cart .... 6 fr. 50

— **De la prostitution dans les grandes villes, au XIXe siècle,** et de l'extinction des maladies vénériennes. 2e *édition*. 1874, 1 vol. in-18 de 658 p., avec fig. .... 5 fr.

JEANNEL (Maurice). **Arsenal du diagnostic médical,** mode d'emploi et appréciation des instruments d'exploration employés en séméiologie et en thérapeutique, avec les applications au lit du malade. 1877, 1 vol. in-8 de XVI-440 p., avec 262 fig. .... 7 fr.

— **L'infection purulente ou pyohémie.** 1880, 1 vol. in-8.... 7 fr.

JOBERT (de Lamballe). **De la réunion en chirurgie.** 1864, 1 vol. in-8, XVI-720 p., 7 pl. col. .... 12 fr.

JOUSSET (P.). **Eléments de médecine pratique,** contenant le traitement homœopathique de chaque maladie. 2e *édition*. 1877, 2 vol. in-8 .... 12 fr.

— **Traité élémentaire de matière médicale,** expérimentale et de thérapeutique positive. 1884, 2 vol. in-8. .... 18 fr.

— **Leçons de clinique médicale.** 1877, 1 vol. gr. in-8, XI-552 p. 7 fr. 50

— **Nouvelles leçons de clinique médicale.** 1886, 1 vol. gr. in-8. .... 9 fr.

JOUSSET (Marc). **Les maladies de l'enfance,** description et traitement homœopathique. 1888, in-8 de 445 p. .... 3 fr. 50

JULLIEN (Louis). **Traité pratique des maladies vénériennes,** par le Dr L. JULLIEN, chirurgien de St-Lazare. 2e *édition*. 1886, 1 vol. gr. in-8 de 1,260 p., avec 246 fig. .... 20 fr.

JUNGFLEISCH (E.). **Manipulations de chimie,** guide pour les travaux pratiques de chimie. 1886, 1 vol. gr. in-8 de 1,240 p., avec 372 fig., cart. .... 25 fr.

KELSCH et KIENER. Traité des maladies des pays chauds, par les Drs KELSCH et KIENER, professeurs à l'Ecole du Val-de-Grâce. 1889, 1 vol. gr. in-8, 908 p., avec 6 pl. chromolithographiées et 36 fig. 24 fr.

KIENER (L.-C.). **Speciès général et iconographie des coquilles vivantes,** comprenant la collection du Muséum d'histoire naturelle de Paris, la collection Lamarck et les découvertes récentes des voyageurs, par L.-C. KIENER, continuée par le Dr FISCHER, aide-naturaliste au Muséum. 1837-1886, 12 vol. in-8, avec 902 pl. col. .... 900 fr.

— *Le même,* 12 vol. in-4, avec 902 pl. col. .... 1,800 fr.

L'ouvrage est complet en 165 livraisons. Prix de chacune avec 6 pl. col. in-8, 6 fr. — In-4 .... 12 fr.

On peut acquérir chaque famille, chaque genre séparément.

KUSS et DUVAL. Voy. DUVAL (Mathias).

KUSMAUL. Les troubles de la parole. Introduction par le professeur Benjamin BALL. 1884, 1 vol. in-8 de 375 p. .... 7 fr.

LABOULBÈNE. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, descriptive et histologique, par J.-A. LABOULBÈNE, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1879, 1 vol. gr. in-8 de 930 p., avec 297 fig. 20 fr.

LAVERAN (A.). **Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme,** description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre. 1881, in-8, 101 p., avec 2 pl. 3 fr. 50

LAVERAN et TEISSIER. Nouveaux éléments de pathologie médicale, par A. LAVERAN, professeur à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce, et J. TEISSIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 3e *édition*. 1888, 2 vol. in-8 de 1,700 p., avec fig. .... 20 fr.

LAYET. Hygiène des professions et des industries. 1875, 1 vol. in-12 de XIV-560 p. .... 5 fr.

LEBEC. Précis de médecine opératoire. Aide-mémoire de l'élève et du praticien, par le Dr Ed. LEBEC, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris. 1885, 1 vol. in-18 de 468 p., avec 410 fig. .... 6 fr.

LEBERT. Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale. Description et iconographie pathologique des affections morbides, observées dans le corps humain. *Ouvrage complet.* 1855-1861, 2 vol. in-folio de texte et 2 vol. in-folio, comprenant 200 pl. color. ... 615 fr.

LEFERT (Paul). **Manuel du doctorat en médecine,** par le professeur Paul LEFERT. **Aide-mémoire d'anatomie à l'amphithéâtre,** de dissection et de découvertes anatomiques (2e examen). 2e *édition,* 1892, 1 vol. in-18 de 272 p., cart. .... 3 fr.

— **Aide-mémoire d'histologie,** d'anatomie et d'embryologie (2e examen). 2e *édition,* 1892, 1 vol. in-18 de 272 p., cart. .... 3 fr.

— **Aide-mémoire de physiologie** (2e examen). 2e *édition,* 1892, 1 vol. in-18 de 312 p., cart. .... 3 fr.

— **Aide-mémoire de pathologie interne** (3e examen). 2e *édition,* 1892, 1 vol. in-18 de 310 p., cart. .... 3 fr.

— **Aide-mémoire de pathologie générale et de bactériologie** (3e examen). 1892, 1 vol. in-18 de 275 p., cart. .... 3 fr.

— **Aide-mémoire d'hygiène et de médecine légale** (4e examen). 2e *édition,* 1892, 1 vol. in-18 de 272 p., cart. .... 3 fr.

— **Aide-mémoire de thérapeutique,** de matière médicale et de pharmacologie (4e examen). 2e *édition,* 1892, 1 vol. in-18 de 272 p., cart. . 3 fr.

— **Aide-mémoire d'anatomie pathologique, d'histologie pathologique et de technique des autopsies** (5e examen). 2e *édition,* 1892, 1 vol. in-18 de 275 p., cart. .... 4 fr.

LEFERT (Paul). — **Aide-mémoire de clinique médicale et de diagnostic** (5e examen). 1892, 1 vol. in-18 de 300 p., cart....... 3 fr.

— **Manuel du médecin praticien**, par le professeur Paul Lefert. **La pratique journalière des hôpitaux de Paris.** Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée. 2e *édition*, 1892, 1 vol. in-16, 300 p., cart.. 3 fr.

LEFÈVRE (J.). **Dictionnaire d'électricité** et de magnétisme, comprenant les applications scientifiques et industrielles. Introduction par E. Bouty, professeur à la Faculté des sciences de Paris. 1891, 1 vol. gr. in-8 de 1,050 p., avec 1125 fig.................................. 25 fr.

LEFORT (Jules). **Traité de chimie hydrologique**, comprenant des notions générales d'hydrologie et l'analyse chimique des eaux douces et minérales. 2e *édition*. 1873. 1 vol. in-8, 798 p., avec 50 fig. et 1 pl. chromolithographiée.. 12 fr.

LEGOUEST. Traité de chirurgie d'armée. 2e *édition*. 1872, 1 vol. in-8 de 800 p.. 8 fr.

LEGRAND du SAULLE. Les hystériques, état physique et état mental, actes insolites, délictueux et criminels. 3e *édition*, 1891, 1 vol. in-8 de 625 p... 8 fr.

LETIEVANT. Traité des sections nerveuses, physiologie pathologique, indications, procédés opératoires. 1873, 1 vol. in-8 de 548 p., avec 20 fig.. 8 fr.

LEUDET. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen. 1874, 1 vol. in-8 de 650 p... 8 fr.

LEURET et GRATIOLET. Anatomie comparée du système nerveux, considéré dans ses rapports avec l'intelligence. 1839-1857, 2 vol. in-8 et atlas de 32 pl. in-fol. Fig. noires.................. 48 fr.
Fig. color.. 96 fr.

LÉVY. (Michel). **Traité d'hygiène publique et privée.** 6e *édition*. 1879, 2 vol. gr. in-8, ensemble 1,900 p., avec fig................ 20 fr.

LEYDEN. Traité clinique des maladies de la moelle épinière. 1879, 1 vol. gr. in-8 de 850 p .... 14 fr.

LITTRÉ. Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie, de l'Art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent, avec la synonymie grecque, latine, allemande, anglaise, italienne, espagnole. 16e *édition*, mise au courant des sciences médicales et biologiques et de la pratique journalière, augmentée de six nouveaux glossaires, par E. Littré, membre de l'Académie française et de l'Académie de médecine. 1886, 1 vol. gr. in-8 de 1,880 p., à 2 col., avec 550 fig .... 20 fr.

— **Atlas populaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie, de l'Art vétérinaire** et des sciences qui s'y rapportent, pouvant servir de complément à tous les dictionnaires de médecine. 1885, 1 vol. gr. in-8, 38 pl., comprenant 196 fig., cart........................... 5 fr.

LITZMANN. L'accouchement dans les rétrécissements du bassin. 1889, 1 vol. gr. in-8.. 7 fr.

LIVON (Ch.). **Manuel de vivisections**, par Ch. Livon, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. 1882, 1 vol. gr. in-8........... 7 fr.

LOMBARD. Traité de climatologie médicale, comprenant la météorologie médicale et l'étude des influences du climat sur la santé, par le Dr H.-C. Lombard, de Genève. 1877-1879, 4 vol. in-8...... 40 fr.

— **Atlas de la distribution géographique des principales maladies** dans ses rapports avec les climats. 1880, 1 vol. in-4 de 25 cartes imprimées en couleurs, avec le texte explicatif, cart........ .... 12 fr.

LORAIN. Le choléra observé à l'hopital Saint-Antoine. 1868, 1 vol. gr. in-8 de 300 p., avec graphiques.......................... 7 fr.

LORAIN. Le Pouls, ses variations et ses formes diverses dans les maladies. 1870, 1 vol. gr. in-8 de 372 p., avec 488 fig.... 10 fr.

— **De la température du corps humain** et de ses variations dans les diverses maladies. Publication faite par les soins du professeur BROUARDEL. 1878, 2 vol. in-8, avec fig. et portrait.................... 30 fr.

LUBBOCK. La vie des plantes. 1889, 1 vol. in-8 de 320 p., avec 270 fig.. 6 fr.

LUTON. Etudes de thérapeutique générale et spéciale, avec application aux maladies les plus usuelles, par A. LUTON, professeur à l'Ecole de médecine de Reims. 1882, 1 vol. in-8 de 472 p............... 6 fr.

LUYS (J.). **Iconographie photographique des centres nerveux.** 2e tirage. 1890, 1 vol. gr. in-4 de texte et d'explication des planches avec atlas de 70 photogr. et 65 schémas litogr. cart., en 2 vol.. 100 fr.

— **Petit atlas photographique du système nerveux. Le cerveau.** 1888, 1 vol. in-18, avec 24 héliogravures, cart.................. 12 fr.

— **Etudes de physiologie et de pathologie cérébrales.** Des actions réflexes du cerveau. 1874, 1 vol. gr. in-8, XII-288 p., 2 pl. 5 fr.

LYELL. L'ancienneté de l'homme, prouvée par la géologie. 2e *édit.* 189?. 1 vol. in-8 de 592 p., avec 62 fig........................ 9 fr.

MACE (E.). **Traité pratique de Bactériologie,** par E. MACÉ, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculte de médecine de Nancy. 2e *édition*, 1891, 1 vol. in-8 de 700 p., avec 200 fig............ 10 fr.

— **Les substances alimentaires étudiées au microscope,** surtout au point de vue de leurs alterations et de leurs falsifications. 1861. 1 vol. in-8 de 600 p., avec 400 fig. et 24 pl. color...................... 14 fr.

MAGITOT (E.). **Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire** et sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. 2e *édition.* 1873, in-8, avec 1 pl.. 3 fr.

MAHE. Manuel pratique d'hygiène navale. 1874, 1 vol. in-18 de 451 p., cart.. 3 fr. 50

— **Programme de séméiotique et d'étiologie pour l'étude des maladies exotiques et principalement des maladies des pays chauds.** 1879, 1 vol. in-8 de 428 p........................ 7 fr.

MALPERT-NEUVILLE (R.). **Examen bactériologique des eaux naturelles.** 1887, in-8, avec 32 fig.......................... 2 fr.

MANDL. Hygiène de la voix parlée ou chantée. 1891, 1 vol. in-18 de 320 p., avec fig.................................... 3 fr. 50

MANQUAT. Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par le Dr MANQUAT, médecin-major, chargé du Cours de thérapeutique à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon. 1892, 2 vol. in-8 de 1,600 p.............................. 18 fr.

MARTIM (F.). **Les cimetières et la crémation,** étude historique et critique. 1881, in-8, 182 p................................ 5 fr.

MARTIN SAINT-ANGE. Iconographie pathologique de l'œuf humain fécondé, en rapport avec l'étiologie de l'avortement. 1884, in-4, 188 p., avec 19 pl. chromolithogr. cart.................. 34 fr.

MARVAUD (ANGEL). **Les aliments d'épargne** : alcool et boissons aromatiques, café, thé, coca, cacao, maté. 1874, 1 vol. in-8 de 504 p. 6 fr.

— **Le sommeil et l'insomnie,** étude physiologique, clinique et thérapeutique. 1881. in-8, 137 p............................ 3 fr. 50

MASSELON. Précis d'ophtalmologie chirurgicale, par le Dr MASSELON, chef de clinique de M. de Wecker. 1886, 1 vol. in-18 jésus, avec 118 fig.. 6 fr.

MAURIAC (CH.). **Leçons sur les maladies vénériennes,** professées à l'hôpital du Midi. *Syphilis primitive et syphilis secondaire*, par CH. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. 1883, 1 vol. in-8, 1,072 p. 18 fr.

MAURIAC. Nouvelles leçons sur les maladies vénériennes. professées à l'hôpital du Midi. *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, 1890, 1 vol. in-8, 1,168 p. . . . . 20 fr.

MAYER. Des rapports conjugaux, considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique. 8e *édition*. 1884, 1 vol. in-18 jésus de 378 p. . . . . 3 fr. 50

MEUNIER (St.). **Géologie des environs de Paris.** 1875, 1 vol. in-8 de 530 p., avec 112 fig. . . . . 10 fr.

MIARD (A.). **Des troubles fonctionnels et organiques de l'amétropie et de la myopie,** en particulier de l'accommodation binoculaire et ciliaire dans les vices de la réfraction. 1873, 1 vol. in-8. 7 fr.

MIDDENDORP. Le remède de Koch. 1891, gr. in-8. . . . . . . 2 fr.

MOITESSIER. La photographie appliquée aux recherches micrographiques. 1866, 1 vol. in-18 jésus, avec 41 figures. . . . . 7 fr.

MOQUIN-TANDON. Eléments de botanique médicale, contenant la description des végétaux utiles à la médecine et des espèces nuisibles à l'homme, vénéneuses ou parasites. 3e *édition*. 1875, 1 vol. in-18 Jésus, avec 128 fig. . . . . 6 fr.

— **Histoire naturelle des Mollusques terrestres et fluviatiles de France.** 1855, 2 vol. gr. in-8 de 450 p., avec un atlas de 54 pl. Figures noires, 42 fr. — Figures coloriées. . . . . 66 fr.

MORACHE. Traité d'hygiène militaire. 2e *édition*, entièrement remaniée, mise au courant des progrès de l'hygiène générale et des nouveaux règlements de l'armée. 1886, 1 vol. in-8 de 936 p., avec 173 figures. . . . . 15 fr.

MOREL (Ch.). **Traité élémentaire d'histologie humaine,** normale et pathologique, précédé d'un exposé des moyens d'observer au microscope. 3e *édition*. 1880, 1 vol. in-8 de 418 p., avec atlas de 36 planches dessinées d'après nature par A. Villemin. . . . . 16 fr.

NAEGELE et GRENSER. Traité pratique de l'art des accouchements, traduit, annoté et mis au courant des progres de la science, par G.-A. Aubenas, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Introduction par J.-A. Stoltz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy. 2e *édition*. 1880, 1 vol. in-8 de 800 p., avec 1 pl. et 207 fig. . . . . . 12 fr.

NOTHNAGEL et ROSSBACH. Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique, expose de l'action physiologique et thérapeutique des médicaments, par H. Nothnagel et M.-J. Rossbach, précédé d'une introduction, par Ch. Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. 2e *édition*. 1889, 1 vol. gr. in-8 de 920 pages. . . . . 16 fr.

NUSSBAUM (J. de). **Le pansement antiseptique,** ses principes, ses nouvelles méthodes. 1888, 1 vol. in-18 de 360 p. . . . . 5 fr.

OLIVIER (A.). **Hygiène de la grossesse,** par le docteur Ad. Olivier. ancien interne de l'hôpital de la Maternité de Paris. 1891, 1 vol. in-18 de 300 pages. . . . . 3 fr. 50

ORIARD. L'homœopathie, à la portée de tout le monde. 3e *édition*. 1 vol. in-18 de 370 p. . . . . 3 fr. 50

ORIBASE. Œuvres, texte grec, traduit en français, avec une introduction, des notes, des tables et des planches, par les docteurs Bussemaker, Daremberg et A. Molinier. 1851-1876, 6 vol. in-8 de 700 p. . . . . . . 72 fr.

OZANAM. La circulation et le pouls, histoire, physiologie, séméiotique, indications thérapeutiques. 1886, 1 vol. gr. in-8, 1,060 p., avec portraits et 493 figures. . . . . 20 fr.

PARSEVAL (Lud.). **Observations pratiques** de Samuel Hahnenann, et Classification de ses recherches sur les **propriétés caractéristiques des médicaments.** 1857-1860, 1 vol. in-8 de 400 p. . . . . 6 fr.

PAULET et LEVEILLE. Iconographie des champignons, de Paulet. Recueil de 217 planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées, accompagné d'un texte nouveau présentant la description des espèces figurées, leur synonymie, l'indication de leurs propriétés utiles ou vénéneuses, l'époque et les lieux où elles croissent, par J.-H. Leveillé. 1855, 1 vol. in-folio, avec 217 pl. col., cartonné.............. 170 fr.

PELLETAN, DEBY, PETIT et PERAGALLO. Les Diatomées, histoire naturelle, préparation, classification et description des principales espèces, liste des Diatomées françaises. 1891. 1 vol. in-8 de 900 p., avec 464 fig. et 10 pl., cartonné.............................. 22 fr.

PENARD (L.) **et ABELIN. Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme.** 7e *édit.* 1889, 1 vol. in-18, 712 p., 207 fig., cart. 6 fr.

PERRET (S.). **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon.** 1887, 1 vol. in-8, 504 p.............................. 8 fr.

PERRIER (Rémy). **Eléments d'anatomie comparée.** 1892, 1 vol. gr. in-8 de 800 p., avec 500 fig.

PERRUSSEL. Hygiène des malades. 1890, 1 vol. in-18 de 349 p., cartonné.............................. 3 fr. 50

PETER (Michel). **Traité clinique et pratique des maladies du cœur** et de la crosse de l'aorte, par Michel Peter, professeur a la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. 1883, 1 vol. in-8 de 844 p., avec fig. et 4 pl. chromolith.................... 18 fr.

— Voy. Trousseau et Peter : *Clinique médicale.*

PICARD. Maladies de l'urèthre. 1 vol. in-8.................. 8 fr.

— **Maladies de la vessie.** 1 vol. in-8.......................... 8 fr.

PICTET. Traité de paléontologie. 2e *édition.* 1854-1857, 4 volumes in-8, avec atlas de 110 pl., gr. in-4, cart........................ 80 fr.

PRODHOMME. Atlas manuel d'anatomie descriptive du corps humain. 1890, 1 vol. in-18 jésus contenant 135 pl. dessinées et gravées par l'auteur, avec texte explicatif en regard, cart.................. 10 fr.

PROST-LACUZON. Formulaire homœopathique ou Guide pathogénétique usuel pour traiter soi-même les maladies. 6e *édition.* 1869, 1 vol. in-18 jésus de 583 p.............................. 6 fr.

PROTHIERE (E.). **Les eaux potables**, conditions générales, applications à l'hygiène sanitaire de la ville de Lyon. 1891, 1 vol. in-8, 110 p.............................. 3 fr.

QUATREFAGES. Hommes fossiles et hommes sauvages. Etudes d'anthropologie comparée, par A. de Quatrefages, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle. 1883, 1 vol. gr. in-8 de 640 p., avec 206 fig. et une carte.............................. 15 fr.

— Relié en toile, fers spéciaux.............................. 18 fr.

QUATREFAGES et HAMY. Les crânes des races humaines. décrits et figurés d'après les collections du Muséum d'histoire naturelle de Paris, de la Société d'Anthropologie de Paris et les principales collections de la France et de l'Etranger. 1881, 1 vol. in-4 de 500 p., avec fig. et 4 atlas de 100 pl. lith., cart.............................. 160 fr.

L'ouvrage est complet en 11 livraisons, chacune de 5 à 6 feuilles de texte et 10 pl. — Prix de chaque livraison.............................. 14 fr.

RANVIER (L.). **Leçons d'anatomie générale**, faites au collège de France. *Appareils nerveux terminaux des muscles de la vie organique.* 1880, 1 vol. in-8 de VII-536 p., avec fig. et tracés.............. 10 fr.

— *Terminaisons nerveuses sensitives.* 1881, 1 vol. in-8 de xx 447 pages, avec fig.............................. 10 fr.

REDARD (P.). **Traité de thermométrie médicale**, comprenant les abaissements de la température, l'algidité centrale et la thermométrie locale. 1885, 1 vol. in-8 de 700 p., avec 200 fig.................. 12 fr.

REDARD (P.). **Examen de la vision chez les employés de chemin de fer.** 1880, in-8, avec 4 pl. col.................... 4 fr.
REMAK. Galvanothérapie, ou de l'application du courant galvanique constant au traitement des maladies nerveuses ou musculaires. 1860. 1 vol. in-8 de 467 p.................................... 7 fr.
RENOUARD. Lettres philosophiques et historiques sur la médecine au XIX[e] siècle. 3[e] *édit.* 1861, 1 vol. in-8 de 240 p. 3 fr. 40
REUSS (L.). **La prostitution en France et à l'Etranger.** 1889, 1 vol. in-8 de 690 p.................................... 7 fr. 50
REVEIL. Formulaire raisonné des Médicaments nouveaux, 2[e] *édition.* 1865. 1 vol. in-18 de XII-608 p., avec fig............. 6 fr.
RIANT. Hygiène du cabinet de travail. 1883, 1 vol. in-18 de 182 p.................................... 2 fr. 50
RIBES. Traité d'hygiène thérapeutique. 1860, 1 vol. in-8 de 828 p.................................... 10 fr.
RICHARD (D.). **Histoire de la génération** chez l'homme et chez la femme. 2[e] *édition.* 1889, 1 vol. in-8, de 350 p. avec 8 pl. col. 10 fr.
— **Histoire de la génération** chez l'homme et chez la femme. 3[e] *édition.* 1891, 1 vol in-18 jésus de 324 p., avec fig.................. 3 fr. 50
RICHARD (E.). **La prostitution à Paris.** 1890, 1 vol. in-18 de 320 p.................................... 3 fr. 50
RICHET (C.). **Cours de physiologie.** Programme sommaire. 1890, 1 vol. in-18 de 350 p.................................... 3 fr. 50
RICORD. Lettres sur la Syphilis. 3[e] *édition.* 1883, 1 vol. in-18 jésus de VI-558 p.................................... 3 fr. 50
RINDFLEISCH (E.). **Eléments de pathologie**, par E. RINDFLEISCH, professeur à l'Université de Wurzbourg, trad. de l'allemand par J. SCHMITT, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec une préface par le professeur BERNHEIM. 1886, 1 vol. in-8 de 395 p................. 6 fr.
— **Traité d'histologie pathologique.** Traduit et annoté par F. GROSS et SCHMITT, professeur à la faculté de médecine de Nancy. 2[e] *édition*, 1888, 1 vol. gr. in-8 de 880 pages, avec 356 fig............*e*.... 15 fr.
ROBIN (A.). **Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale.** 1880, 1 vol. in-8 de 601 p., 41 fig. et 1 pl. lith... 9 fr.
ROBIN (Ch.). **Traité du microscope,** et des injections, de leur emploi, de leurs applications a l'anatomie humaine et comparée, à la physiologie, à la pathologie médico-chirurgicale, à l'histoire naturelle animale et végétale et à l'économie agricole. 2[e] *édition.* 1877, 1 vol. in-8 de 1,101 p., avec 336 fig.................................... 20 fr.
— **Leçons sur les humeurs** normales et morbides du corps de l'homme, 2[e] *édition.* 1874. 1 vol. in-8 de 1,008 p., avec 35 fig............ 18 fr.
— **Anatomie et physiologie cellulaires**, ou des cellules animales et végétales, du protoplasma et des éléments normaux et pathologiques qui en dérivent. 1873. 1 vol. in-8 de 640 p., avec 83 fig............ 16 fr.
— **Programme du cours d'Histologie.** 2[e] *édition.* 1870. 1 vol. in-8 de XL-416 p.................................... 6 fr.
ROBIN (Ch.) **et VERDEIL. Traité de chimie anatomique et physiologique**, normale et pathologique, ou des principes immédiats normaux et morbides qui constituent le corps de l'homme et des mammifères. 1853, 3 vol. in-8. avec atlas de 45 pl. col................. 36 fr.
ROCHARD (J.). **Histoire de la chirurgie française au XIX[e] siècle.** 1875, 1 vol. in-8 de XVI-809 p..................... 12 fr.
— Voy. SAUREL.
ROUBAUD (F.). **Traité de l'impuissance et de la stérilité** chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier. 3[e] *édition.* 1876, 1 vol. in-8 de 804 p.. 8 fr.

ROUSSEL (Th.). **Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres.** 1866, 1 vol. in-8 de 656 p. .... 10 fr.

ROUSSEAU (E.). **Anatomie comparée du système dentaire** chez l'homme et chez les principaux animaux. 1839, 1 vol. gr. in-8, avec 30 pl. .... 10 fr.

RUFUS (d'Éphèse). **Œuvres.** Texte collationné sur les manuscrits, traduit en français, avec une introduction, par Ch. Daremberg et Emile Ruelle. 1880, 1 vol. gr. in-8 de LIV-678 p. .... 12 fr.

SAINT-GERMAIN. Chirurgie orthopédique. Thérapeutique des difformités congénitales ou acquises. 1883, 1 vol. in-8 de 651 p., avec 129 fig. .... 9 fr.

SAUREL et ROCHARD (J.). **Traité de chirurgie navale.** 1861. in-8, de 600 pages avec 106 fig. .... 8 fr.

SHACK. La physionomie chez l'homme et chez les animaux, dans ses rapports avec l'expression des émotions et des sentiments. 1886, 1 vol. in-8 de 450 p., avec 154 fig. .... 7 fr.

SCHIMPER. Traité de Paléontologie végétale, ou la flore du monde primitif, dans ses rapports avec les formations géologiques et la flore du monde actuel, par W.-P. Schimper, professeur de géologie à la Faculté des sciences de Strasbourg. 1869-1874, 3 vol. gr. in-8, avec atlas de 110 pl., gr. in-4 lith., cart. .... 150 fr.

SCHRIBAUX et NANOT. Eléments de botanique agricole, à l'usage des Ecoles d'agriculture, des Ecoles normales et de l'enseignement agricole départemental. 1882, 1 vol. in-18 de 328 p., avec 262 fig. 7 fr.

SEMMOLA. Médecine vieille et médecine nouvelle, par M. Semmola, professeur à l'Université de Naples. 1881, in-8, 109 p. .... 2 fr. 50

SERRES (E.). **Anatomie comparée transcendante. Principes d'embryogénie,** de zoogénie, de tératogénie. 1859, 1 vol. in-4, 942 p., avec 26 pl. .... 16 fr.

SICARD (H.). **Eléments de zoologie,** par H. Sicard, prof. à la Faculté des sciences de Lyon. 1883, 1 vol. in-8, 842 p., 768 fig., cart, 20 fr.

SICHEL. Iconographie ophtalmologique, ou description avec figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales. 1852-1859, 2 vol. gr. in-4, dont 1 vol. de 840 pages de texte, et 1 vol. de 80 planches coloriées .... 172 fr. 50

SIGNOL. Aide-mémoire du vétérinaire. Médecine, chirurgie, obstétrique, formules, police sanitaire, jurisprudence commerciale. 1884, 1 vol. in-18 jésus de 543 pages, avec 395 fig., cart. .... 6 fr.

SIMON (Léon). **Des maladies vénériennes et de leur traitement homœopathique.** 1860, 1 vol. in-18 jésus de XII-744 p. .... 6 fr.

SIMPSON et CHANTREUIL. Clinique obstétricale et gynécologique. 1874, 1 vol. gr. in-8 de 820 pages, avec fig. .... 12 fr.

SOUBEIRAN. Nouveau dictionnaire des falsifications et des altérations des aliments, des médicaments et de quelques produits employés dans les arts, l'industrie et l'économie domestique : exposé des moyens scientifiques et pratiques d'en reconnaître le degré de pureté, l'état de conservation, de constater les fraudes dont ils sont l'objet, par J.-Léon Soubeiran, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, 1874, 1 vol. gr. in-8 de 640 pages, avec 218 fig., cart. .. 14 fr.

TARDIEU (A.). **Médecine légale**; attentats aux mœurs, avortement, blessures, empoisonnement, folie, identité, infanticide, maladies accidentelles, pendaison. 9 vol. in-8 .... 54 fr.

— **Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs.** 7e *édition.* 1878, 1 vol. in-8 de 244 p., avec 5 pl. .... 5 fr.

TARDIEU (A.). **Etude médico-légale sur l'avortement**, suivie d'observations et recherches pour servir à l'histoire médico-légale des grossesses fausses et simulées. 4e *édit.* 1881, 1 vol. in-8 VII-300 p. 4 fr.

— **Etude médico-légale sur les blessures**, comprenant les blessures en général et les blessures par imprudence, les coups et l'homicide involontaire. 1879, 1 vol. in-8 de 480 p. . . . . 6 fr.

— **Etude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement.** 2e *édition.* 1875, 1 vol. in-8 de 1,072 p., avec 2 pl. et 52 fig. . . 14 fr.

— **Etude médico-légale sur la folie.** 2e *édition*, 1880. 1 vol. in-8, de XXII-610 p., avec 15 fac-similés d'écriture d'aliénés. . . . . . 7 fr.

— **Question médico-légale de l'identité**, dans ses rapports avec les vices de conformation des organes sexuels, contenant les souvenirs et impressions d'un individu dont le sexe avait été méconnu. 2e *édition*, 1874, 1 vol. in-8 de 176 pages. . . . . 3 fr.

— **Etude médico-légale sur l'infanticide.** 2e *édition.* 1888, 1 vol. in-8 de 372 p., avec 3 planches coloriées. . . . . 6 fr.

— **Etude médico-légale sur les maladies accidentellement ou involontairement produites**, par imprudence, négligence ou transmission contagieuse. 1878, 1 vol. in-8 de 300 pages. . . . . 4 fr.

— **Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation.** 2e *édition*, 1879. 1 vol. in-8 de XII-365 p., avec pl. . . . . 5 fr.

TEMMINCK et LAUGIER. Nouveau recueil de planches coloriées d'oiseaux. 1822-1838, 5 vol. gr. in-folio, avec 600 pl. grav. et col. . . . . 1,000 fr.

— *Le même*, avec 600 pl., gr. in-4, fig. col. . . . . 750 fr.

TESTE (A.). **Systématisation pratique de la matière médicale homœopathique.** 1853, 1 vol. in-8 de 610 p. . . . . 8 fr.

— **Comment on devient homœopathe.** 3e *édition.* 1873, 1 vol. in-18 jésus de 322 p. . . . . 3 fr. 40

THOMPSON (H.). **Traité pratique des maladies des voies urinaires**, par sir Henry THOMPSON, professeur de clinique chirurgicale et chirurgien à « University College Hospital ». 2e *édition*, 1881, 1 vol. in-8 de 1000 p., avec 280 fig. . . . . 20 fr.

— **Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires**, traduites par le Dr Robert JAMIN. 1889, 1 vol. in-8, de 876 pages, avec 148 fig., cart. . . . . 12 fr.

— **Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points de la chirurgie des voies urinaires.** Traduites par le Dr R. JAMIN. 1885, 1 vol. in-8. avec fig. . . . . 4 fr. 50

TOLLET. De l'assistance publique et des hôpitaux jusqu'au XIXe siècle. 1890, 1 vol. in-4, avec fig. et 32 pl. . . . . 30 fr.

— **Les hôpitaux au XIXe siècle.** 1890, 1 vol. in-4 de 266 p., avec 2 pl. . . . . 30 fr.

TRÉLAT (U.). **Clinique chirurgicale**, par U. TRÉLAT, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1891, 2 vol. gr. in-8, 800 p., avec fig. 30 fr.

TRIPIER (A.). **Manuel d'électrothérapie.** 1861, 1 vol. in-18 jésus de XII-624 p., avec 89 fig. . . . . 6 fr.

TRIPIER (R.) **et BOUVERET. La fièvre typhoïde traitée par les bains froids.** 1886, 1 vol. de 641 p., avec 27 tracés. . . . 6 fr. 50

TROUSSEAU. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. 6e *édition*, par le Dr Michel PETER. 1885, 3 vol. in-8, ensemble 2,616 p., avec un portrait de l'auteur. . . . . 32 fr.

TUCKE (Hack). **Le corps et l'esprit**, action du moral et de l'imagination sur le physique, traduit de l'anglais par V. PARANT. 1886, 1 vol. in-8 de 403 p., avec 2 pl. . . . . 6 fr.

VALETTE. Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 1875, 1 vol. in-8 de 620 p., avec fig. . . . . 12 fr.

VALLEIX. Guide du médecin praticien, ou résumé général de Pathologie interne et de Thérapeutique appliquées. 5ᵉ *édition*, contenant le résumé des travaux les plus récents, par P. LORAIN, professeur à la Faculté de médecine. 1865, 5 vol. gr. in-8 de chacun 800 p., avec 81 fig. . . . . 50 fr.

VERLOT (B.). Guide du botaniste herborisant. Conseils sur la récolte des plantes, la préparation des herbiers, l'exploration des stations des plantes phanérogames et cryptogames et les herborisations aux environs de Paris, dans les Ardennes, la Bourgogne, la Provence, le Languedoc, les Pyrénées, les Alpes, l'Auvergne, les Vosges, au bord de la Manche, de l'Océan, de la mer Méditerranée. 3ᵉ *édition*. 1886, 1 vol. in-18 de 764 p., avec fig., cartonné . . . . 6 fr.

VERNOIS (Max.). Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative, comprenant l'étude des établissements insalubres, dangereux et incommodes. 1860, 2 vol. in-8 de chacun 700 p. . . . . . . 16 fr.

VESQUE (J.). Traité de botanique agricole et industrielle, par J. VESQUE, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris. 1885, 1 vol. in-8 de XVI-876 p., avec 598 fig., cart. . . . . 18 fr.

VIBERT. Précis de médecine légale, par le Dʳ Ch. VIBERT, médecin expert près les tribunaux de la Seine, avec une introduction par le professeur BROUARDEL. 2ᵉ *édition*. 1889. 1 vol. in-18 jésus, de 768 p., avec 79 fig. et 3 pl. en chromotypographie, cart. . . . . 8 fr.

— **Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents des chemins de fer.** 1888, 1 vol. in-8. . . . . 3 fr.

VIDAL. Traité de pathologie externe et de médecine opératoire. 5ᵉ *édition*. 1861, 5 vol. in-8, avec 761 fig. . . . . 40 fr.

VILLEMIN. Etude sur la tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculation. 1868, 1 vol. in-8 de 640 p. . . . . 8 fr.

VINAY. Manuel d'asepsie. Stérilisation et désinfection par la chaleur. Applications à la médecine, à la chirurgie, à l'obstétrique et à l'hygiène par VINAY, médecin des hôpitaux de Lyon. 1890, 1 vol. in-18 jésus, de 600 p., avec 100 fig. cart. . . . . 8 fr.

VIRCHOW et STRAUS. La pathologie cellulaire basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus. 4ᵉ *édition*, par I. STRAUS, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1874, 1 vol. in-8 de XXIV-58, pages, avec 157 fig. . . . . 9 fr.

VOISIN. Traité de la paralysie générale des aliénés, par le docteur Auguste VOISIN, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. 1879, 1 vol. gr. in-8 de XVI-140 p., avec 35 pl. lithogr. et col. graphiques et fac-similé. . . . . 20 fr.

— **Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses.** 1883, 1 vol. gr. in-8 de VIII-770 p., avec photographies et fig. . . . . 15 fr.

WUNDT. Traité élémentaire de physique médicale, par le Dʳ WUNDT, professeur à l'Université de Leipzig, traduit avec de nombreuses additions, par les professeurs MONNOYER (de Lyon) et IMBERT (de (Montpellier) 2ᵉ *édition*. 1884, 1 vol. in-8 de 704 p., avec 396 fig. et 1 pl. en chromolith. . . . . 12 fr.

YVAREN. Entretiens d'un vieux médecin sur l'hygiène et la morale. 1882, 1 vol. in-18 jésus de 671 p. . . . . 5 fr.

ZEILLER. Végétaux fossiles du terrain houiller de la France. 1880, 1 vol. in-4, 185 p., avec atlas de 18 pl. . . . . 18 fr.


UNIVERSITY OF ILLINOIS-URBANA
3 0112 067689106